

Expertise

**Gesundheitsfördernde Settingansätze
in benachteiligten städtischen
Quartieren**

&chancen

Im Auftrag der Regiestelle E&C der Stiftung SPI

Thomas Altgeld
**Landesvereinigung für Gesundheit
Niedersachsen e.V.**

Thomas Altgeld
Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.
Fenskeweg 2
30165 Hannover
Tel: 0511/350 00 52
Fax: 0511/350 55 95
E-Mail: thomas.altgeld@gesundheit-nds.de
www.gesundheit-nds.de

Inhalt

1. Einleitung	4
2. Theoretischer Rahmen und Entwicklung des Settingansatzes.....	5
3. Synopse der etablierten Settingansätze	8
4. Gesundheitsfördernde Kindertagesstätten.....	9
5. Gesundheitsfördernde Schulen	13
6. Gesunde Städte	19
7. Gesundheitsfördernde Quartiere.....	23
7.1 Gesunde, soziale Stadt, ein Kooperationsprojekt in Hamburg.....	27
7.2 Gesundheitsbezogene Good-practice-modelle aus dem Bund-Länder-Programm „Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf- Die soziale Stadt“	29
8. Qualitätsdimensionen der Settingarbeit.....	32
9. Handlungsoptionen für die Programmplattform „Entwicklung und Chancen junger Menschen in sozialen Brennpunkten“ (E&C)	35
10. Fazit und Ausblick.....	37
11. Zusammenfassung: Zentrale Thesen der Expertise.....	39
Literaturverzeichnis.....	40
Kontaktadressen der vorgestellten Beispielprojekte:	42

1. Einleitung

Der Settingbegriff hat die Zirkel der Experten/innen verlassen und erfreut sich nun auch über den Gesundheitsförderungsbereich hinaus einer gewissen Beliebtheit. In Settings zu arbeiten, erscheint relativ modern zu sein. Doch sind mit dem Settingbegriff in der Gesundheitsförderung ein theoretischer Hintergrund und verschiedene Kernstrategien verbunden, die in vielen neuen „selbsternannten“ Settingprojekten nicht rezipiert worden sind. Im Rahmen dieser Expertise „Gesundheitsfördernde Settingansätze in benachteiligten städtischen Quartieren“ wird deshalb zunächst das theoretische Konzept des Settingansatzes erläutert und der Stand der Entwicklung in verschiedenen Settings zusammenfassend reflektiert. Bislang fehlen settingübergreifende Darstellungen, die die Ansätze und Entwicklungen in allen bislang entwickelten Settingansätzen gegenüberstellen und für Professionelle und Interessierte aus anderen Kontexten transparent machen. Auch eine gemeinsame Diskussion von settingübergreifenden Qualitätskriterien wurde bislang nicht von den Akteuren der unterschiedlichen Settings vorgenommen. Dabei wäre sie zur dauerhaften Implementierung des Settingansatzes jenseits plötzlicher Modernität unbedingt notwendig. Bislang schmoren die verschiedenen Settings eher in ihrem eigenen Saft.

In dieser Expertise werden über die kursorische Darstellung aller bislang erprobten Settings hinaus die für den Kontext der Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf relevanten Settingansätze Gesundheitsfördernde Kindertagesstätten, Gesundheitsfördernde Schulen, Gesunde Städte und Gesundheitsfördernde Quartiere näher untersucht, insbesondere in Hinblick auf ihre Potenziale für sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen. Hier kann eine unterschiedliche Gewichtung der Arbeit mit sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen innerhalb der verschiedenen Settings festgehalten werden. Für die meisten Settingangebote bis auf die gesundheitsfördernden Gefängnisse im angelsächsischen Raum lässt sich bislang eher eine ähnliche Mittelschichtorientierung feststellen wie bei anderen eher traditionellen Präventionsangeboten auch. Bei der Beschreibung des Gesunde-Stadt-Ansatz soll dabei neben den Rahmenbedingungen in erster Linie auf den Hamburger Gesunde-Stadt-Ansatz „Gesunde soziale Stadt“ eingegangen werden. Ein weiterer Schwerpunkt wird die Auswahl und Beschreibung von Beispielsprojekten sein, die entweder innerhalb von E&C-Gebieten direkt realisiert werden oder die sich für die Übertragbarkeit auf diese Gebiete auf besondere Weise eignen.

Anschließend werden Qualitätsdimensionen der Settingarbeit und der Beitrag von gesundheitsfördernden Settings zur Herstellung gesundheitlicher Chancengleichheit zusammenfassend diskutiert. Die in der Settingarbeit möglichen, settingübergreifenden Qualitätskriterien sollen verglichen werden mit Good-practice-modellen aus dem Bund-Länder-Programm „Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf- Die soziale Stadt“ und der Verankerung von Gesundheitsförderungsansätzen innerhalb dieser Modelle.

2. Theoretischer Rahmen und Entwicklung des Settingansatzes

Die erste Ausformulierung des Settingansatzes ist etwa zeitgleich mit der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung 1986 vorgenommen worden. Die Definition von bestimmten gesundheitsfördernden Settings stellte einen notwendigen Konkretisierungsschritt zur Implementation von Gesundheitsförderungsansätzen dar. In der Ottawa-Charta wurde Gesundheitsförderung definiert als „Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“ (WHO, 1986, zitiert nach Franzkowiak, Sabo, 1993, S.96). Individuen und Gruppen sollen ihre Bedürfnisse wahrnehmen und ihre Lebensumstände verändern können. Dieser Ansatz versteht sich als emanzipatorisch – das Schlüsselwort in der Ottawa Charta lautete "Empowerment" – und politisch, denn das Ziel war und ist es, gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen (Lebenswelten) zu schaffen, um mehr Chancengleichheit zu erlangen (Altgeld, Kolip, 2003). Durch die Ottawa Charta ziehen sich zwei Leitgedanken: Gesundheitsförderung als Aufgabe aller Politikbereiche (Intersektoralität: Gesundheitsförderung wird als Querschnittsaufgabe gefasst) sowie Stärkung der Kompetenzen, die es Individuen und Gruppen ermöglichen, ihre Bedürfnisse wahrzunehmen, die eigenen Stärken zu erkennen und Einfluss auf ihre Lebensumwelt auszuüben (Kickbusch, 2003).

Als Grundsatzdokument bleibt die Ottawa-Charta notwendigerweise in vielen Formulierungen abstrakt. Deshalb wurde flankierend dazu das Konzept der gesundheitsfördernden Settings durch die Weltgesundheitsorganisation erarbeitet und ebenfalls 1986 das Gesunde-Städte-Netzwerk gegründet. In den Prinzipien der „Gesunden Stadt“ wird der Setting-Ansatz erstmals umgesetzt. „Ein Setting wird einerseits als ein soziales System verstanden, das eine Vielzahl relevanter Umwelteinflüsse auf eine bestimmte Personengruppe umfasst und andererseits als ein System, in dem diese Bedingungen von Gesundheit auch gestaltet werden können. ... Der Setting-Ansatz fokussiert die Rahmenbedingungen, unter denen Menschen leben, lernen, arbeiten und konsumieren“ (Bundeszentrale für gesundheitliches Aufklärung, 2003, S.205).

Der Settingansatz stellt eine Kernstrategie zur Umsetzung der Gesundheitsförderung dar. Dem Settingansatz liegt die Idee zugrunde, dass Gesundheit kein abstraktes Ziel ist, sondern im Alltag hergestellt und aufrechterhalten wird. Gesundheitsförderung muss in diesem Lebensalltag ansetzen. Die Fokussierung auf definierte Sozialräume, sei es das Quartier, der Betrieb, die Schule oder das Krankenhaus, ermöglicht es, die Zielgruppen und Akteure genauer zu bestimmen, adäquate Zugangswege zu definieren und die vorhandenen Ressourcen zu nutzen.

Im Unterschied zur traditionellen Gesundheitserziehung wird innerhalb des Settingansatzes nicht der einzelne Mensch und sein individuelles Verhalten in den Vordergrund der Interventionen und Maßnahmen gestellt, sondern das soziale System selbst. „Diese Systemintervention und die Salutogenese sind als Schlüsselkonzepte der Gesundheitsförderung und von Public Health bezeichnet worden, Gesundheitsförderung als Kernstück einer ‚New Public Health‘ “ (Kaba-Schönstein, 2003, S.75f). Dabei können dennoch einzelne Gesundheitsprobleme oder -risiken fokussiert werden, z.B. innerhalb von Gesunde-Stadt-Projekten die Verkehrssituation oder der Impfstatus bestimmter Bevölkerungsgruppen. Der Settingansatz ermöglicht es zudem, individuen- und umweltbezogene Maßnahmen (z.B. Freiräu-

me in städtischen Wohngebieten oder Schulhofgestaltung) miteinander zu verbinden. Fast alle Settingansätze wurden unter Beteiligung der WHO konzeptionell vorbereitet und innerhalb von internationalen Gesundheitskonferenzen über modellhafte Netzwerke gestartet. Maßgeblich für diesen Start war eine definierte Grundsatzprogrammatische und eine Selbstverpflichtung von Akteuren zur Erprobung des Settingansatzes in ihrem jeweiligen Setting (Altgeld, Kolip, 2003). Auf diese Weise wurden seit Ende der 80er Jahre des vorigen Jahrhunderts folgende Settings gestartet:

- Gesunde Städte,
- Gesundheitsfördernde Schulen,
- Gesundheitsfördernde Betriebe,
- Gesundheitsfördernde Krankenhäuser,
- Gesunde Regionen,
- Gesundheitsfördernde Gefängnisse und
- Gesundheitsfördernde Hochschulen.

Über diese „etablierten“ Settings hinaus gibt es in Deutschland konzeptuelle Überlegungen zur Definition weiterer Settingansätze und teilweise auch erste Umsetzungsschritte in den Bereichen:

- Gesundheitsfördernde Kindertagesstätten (BZgA, 2002, Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen, 2003),
- Gesundheitsfördernde Familien (Schnabel, 2001) und
- Gesundheitsfördernde Quartiere (Freie und Hansestadt Hamburg, 2002).

Gerade in Deutschland hätte sich der Setting-Ansatz ohne die Benennbarkeit von dem, welches soziale System konkret gesundheitsförderlich verändert werden soll, nicht vermitteln lassen. Der abstrakte Begriff des Settings, der in der angelsächsischen Gesundheitsförderungsliteratur sehr gut verankert ist, hat in Deutschland bis Mitte der 90er Jahre nur innerhalb der Präventions- und Gesundheitsförderungsliteratur Eingang gefunden. Im Gesundheitsbereich selbst und angrenzende Sektoren wie beispielsweise den Kinder- und Jugendhilfe oder Schulsektor war er lange Zeit weitgehend unbekannt.

Der Settingansatz ist insbesondere durch Baric theoretisch mittlerweile weiterentwickelt worden (Baric, Conrad, 2002). In seinem Buch „Gesundheitsförderung in Settings“ wird der bisherige, klassische Ansatz von Gesundheitsförderung in einem Setting (z.B. Städte, Schulen oder Betriebe) weiterentwickelt zu einem Organisationsentwicklungsansatz „Gesundheitsförderndes Setting“, „das einen Politik- und Strategiewechsel eines Settings beinhaltet und zwar durch die Einbeziehung gesundheitsfördernder Aspekte in die täglichen Aktivitäten, die volle Partizipation aller Teile eines Settings und die Einführung der Bewertung der Gesundheitsförderung und deren Einbeziehung in das bestehende Qualitätssicherungssystem dieses Settings“ (S. 16). Diese Neudefinition berücksichtigt, dass Settings hinsichtlich ihrer Art und Komplexität sehr unterschiedlich sein können. Sie „reichen von der Kernfamilie bis hin zu einer nationalen Armee oder einem internationalen Konzern. Alle diese Settings sind Organisationen, die durch ihre Struktur und Aufgaben eine anerkannte soziale Einheit darstellen.“ (S.18) Diese Erweiterung des Settingbegriffes bringt einen zusätzlichen

Vorteil: „Statt eines paternalistischen Ansatzes („Was soll die Gesundheitsförderung für Sie tun?“) betont die neue Verlagerung einen partizipativen Ansatz (Was können sie für sich selbst tun und wie kann die Gesundheitsförderung Ihnen dabei helfen?)“ (S. 12). Viele Settingansätze sind zwar ohnehin von diesem Selbstverständnis ausgegangen, aber es ist Barics Verdienst, den Organisations- und Beteiligungsansatz dabei als zentrale Dimension definiert zu haben, der die Etikettierungen letztlich überflüssig macht und Organisationsprinzipien in den Vordergrund stellt.

3. Synopse der etablierten Settingansätze

	Gesunde Städte	Gesundheitsfördernde Schulen	Gesundheitsfördernde Betriebe	Gesundheitsfördernde Krankenhäuser	Gesunde Regionen	Gesundheitsfördernde Gefängnisse	Gesundheitsfördernde Hochschulen
Grundsatzprogramm	Mailänder Erklärung	Europaratempfehlung (1988), Resolution von Thessaloniki	Luxemburger Deklaration	Budapester Erklärung	Regions for Health in Europe		Health Promoting Universities
Jahr	1990	1997	1997	1991	1992	1996	1998
Durch	WHO	WHO, Europarat	WHO, Europäische Union	WHO	WHO	WHO	WHO
Reichweite in Deutschland	60 Mitgliedsstädte	Cirka 500 Schulen im letzten BLK-Modellversuch OPUS	Keine Schätzung möglich	63 Krankenhäuser	2 Regionen: NRW, Niedersachsen	Nicht etabliert in Deutschland	60 interessierte Hochschulen
Koordiniert durch	Gesunde-Städte-Sekretariat, Hamburg	Keine formale Koordination in Deutschland	Europäisches Informationszentrum, „Gesundheitsförderung im Betrieb“, Essen	Netzwerksekretariat, Essen	WHO-Regionalbüro	WHO-Regionalbüro	Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen
Netzwerk	Gesunde-Städte-Netzwerk	Kein Deutsches Netzwerk, Einzelne Akteure sind in der Deutschen Gesellschaft für gesundheitsfördernde Schulen organisiert	Kein formales Netzwerk	Deutsches Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser	Regions for Health in Europe-Network	Health-in-Prisons-Project	Kein formales Netzwerk, Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen
Aufnahmekriterien	Bewerbung Selbstverpflichtung	s.o.	s.o.	Bewerbung Selbstverpflichtung der Häuser, Begutachtung durch Mitglieder, 3000 Euro Jahresbeitrag	Bewerbung Selbstverpflichtung, 5000 \$ Jahresbeitrag	s.o.	Keine formalen Aufnahmekriterien,
Publikation	Gesunde-Städte Nachrichten	Keine regelmäßige Publikation	s.o.	Gesundheitsfördernde Krankenhäuser	RHN-Bulletin	s.o.	Keine regelmäßige Publikation

4. Gesundheitsfördernde Kindertagesstätten

Obwohl die strukturellen Rahmenbedingungen für Kindertagesstätten sich in den meisten Bundesländern eher negativ entwickeln, was etwa Gruppengrößen oder räumliche Ausstattung anbelangt, werden immer neue Anforderungen an Kindertagesstätten formuliert. Die Eingruppierung von Erzieher/innen sind vergleichsweise niedrig, wenn man andere Institutionen des Bildungssystems als Vergleichsmaßstab heranzieht, sie liegt deutlich unter derjenigen von Grundschullehrern/innen. Der Anteil an befristeten Beschäftigungsverhältnisse ist ebenfalls deutlich höher als im Schulbereich. Dennoch sollen jetzt mehr Bildungsaufgaben auf die Kindertagesstätte vorverlagert werden. Die für Deutschland erschreckenden Ergebnisse des „Programme for International Student Assessment“ (kurz: PISA!) haben den Ruf nach mehr Qualifizierung der Kinder für den Schulbesuch durch die Kindertagesstätte lauter werden lassen.

Auch verschiedene gesundheitsbezogene Aktivitäten werden von außen an Kindertagesstätten herangetragen. Es dominieren Programme, die Einzelaspekte der Prävention und Gesundheitserziehung in den Vordergrund stellen. Am häufigsten wurden Programme zur Bewegungs- und Sprachförderung, Ernährungs-, Verkehrserziehung und Suchtprävention entwickelt. Eine empirische Bestandsanalyse zu zielgruppenorientierten Programmen und Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in Kindertagesstätten von Kirch und Göpfert (2003) bestätigt diesen Befund. Dort wurden insgesamt 39 Programme und Maßnahmen aufgelistet, davon 15 im Bereich der Bewegungsförderung/Psychomotorik und 7 zur Unfallprävention. Als weitere Inhalte/Themen wurden erfasst: Medienkompetenz (4), Zahngesundheit (1), Suchtprävention (5), Lebenskompetenzen und sprachliche Entwicklung (4), Ernährungserziehung (5) sowie spezielle Gesundheitsförderungsprogramme und –maßnahmen für Kinder mit erhöhten Hilfebedarf (2). Kindergärten sind dabei meistens „nur“ der Interventionsort, nicht der Ausgangspunkt für die Programmentwicklung. Die meisten Programme werden als zusätzliche Qualifizierungsangebote für Erzieher/innen konzipiert oder als Medium (Spielmaterial, Ordner, etc.), Programmbaustein oder geschlossene Intervention in den Kindergärten eingesetzt und bestenfalls aufgrund der Praxiserfahrungen weiterentwickelt.

Eine intensivere Verzahnung zwischen dem Kinder- und Jugendhilfebereich und dem Gesundheitssektor hat bislang kaum stattgefunden. Der 11. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung (Bundesministerium für Familie, Senioren, Jugend und Frauen, 2003), ist der erste Bericht, der Gesundheit ausführlicher thematisiert, allerdings größtenteils im Zusammenhang mit Behinderung. Die Sachverständigenkommission des 11. Kinder- und Jugendbericht räumt dieses Versäumnis in ihrem Materialienband unumwunden ein: „In den bisherigen Kinder- und Jugendberichten ist das Thema Gesundheit ebenso wie das Thema Behinderung vernachlässigt worden“ (Sachverständigenkommission 11. Kinder und Jugendbericht, 2002, S. 5). Diese fehlende Zusammenarbeit lässt sich auf allen Ebenen wiederfinden. Fast alle gesundheitsbezogenen Programme stellen die Gesundheit der Kinder in den Mittelpunkt. Die Gesundheit von Erzieher/innen wird kaum thematisiert, sondern eher ihre „Vorbildfunktion“ (z.B. Landeshauptstadt Saarbrücken 2001, S. 27) in den Vordergrund gestellt.

Kindertagesstätten¹ sind erst vor wenigen Jahren als Setting für Gesundheitsförderung entdeckt worden. Für Kindertagesstätten wurde auf der Ebene der Weltgesundheitsorganisation bislang keine Grundsatzprogrammatik entwickelt. Diese Programmentwicklung erfolgt eher auf nationaler Ebene in einigen Mitgliedsländern der Europäischen Union (z.B. Luxemburg und Deutschland). Obwohl der Aktivierbarkeit von Gesundheitspotenzialen gerade im frühen Kindesalter eine besondere Bedeutung zukommt und Kindertagesstätten sich als erste Ebene des Bildungssystems in besonderer Weise eignen, waren bis Ende der 90er Jahre nur eine Fülle gesundheitsbezogener Einzelaktivitäten in Kindertagesstätten zu verzeichnen, insbesondere aus den bereits genannten Bereichen der Psychomotorik, Bewegungsförderung, Suchtprävention und Ernährungserziehung.

In der Settingarbeit in Kindertagesstätten sind erst seit Ende der 90er Jahre Fortschritte erzielt worden durch die Aktivitäten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, der nationalen Gesundheitszieldefinition für Kinder und Jugendliche sowie neuen Modellprojekten auf Bundesländerebene (Altgeld, 2002). Kindertagesstätten stellen ein Schlüsselsetting zur Herstellung der gesundheitlichen Chancengleichheit dar, weil hier frühe, familiär bedingte Sozialisationsdefizite kompensiert werden können. Renate Zimmer charakterisiert den Kindergarten als „ideales Setting“, „in dem Gesundheitsförderung unter ganzheitlichen, systemischen Gesichtspunkten verwirklicht werden kann“ (2002, S. 965). Die Handlungsspielräume sind in Kindertagesstätten vergleichsweise größer als in dem sehr reglementierten Bereich der Schulen, weil der Leistungsdruck eine geringere Rolle spielt: „Ohne Leistungs- und Notendruck, ohne Stundentafeln und Rahmenrichtlinien kann hier in viel stärkerem Maße die situative Ausgangslage der Kinder berücksichtigt und auf ihre Bedürfnisse eingegangen werden. Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit von Kindern müssen dabei keine Randstellung im Rahmen des pädagogischen Konzeptes einnehmen, sie decken sich durchaus mit den Aufgaben von Bildung und Erziehung im Elementarbereich“ (ebd.).

Die ressourcenorientierte Arbeit in den Kindertagesstätten fokussiert auf die Förderung von Körpergefühl und Lebenskompetenzen und hat das Ziel, eine gesundheitliche Benachteiligung auszugleichen. Franzkowiak hat 2002 die Eckpunkte einer situationsorientierten Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten folgendermaßen zusammengefasst:

- die Förderung von Körpergefühl und Bewegungsfreude,
- die Unterstützung von Selbstwirksamkeit und Sozialkompetenzen,
- die Immunisierung gegenüber gesundheitsgefährdenden Anreizen in der Familie und Lebenswelt sowie
- die Vermittlung altersgerechter Lebenskompetenzen,
- Sensibilisierung der Erzieher/innen für unterschiedliche Lebenswelten (Kenntnisse kulturspezifischer Gesundheitskonzepte),
- Verankerung geschlechtsbezogener Arbeit als übergreifender Ansatz,
- Sicherung der strukturellen Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung und
- Verbesserung der Kooperation und Vernetzung (regionale Netzwerke und intersektorale Kooperation) (Franzkowiak, 2002, S. 192f).

¹ Unter dem Begriff „Kindertagesstätten“ werden nach SGB VIII u. a. Kinderkrippen (für Kinder unter 3 Jahren), Kindergärten (für Kinder ab 3 Jahren) und Horte (für Schulkinder) summiert. Im Jahr 1998 gab es insgesamt 48.203 Kindertagesstätten in Deutschland (Statistisches Bundesamt, 2001, S. 5).

Die ressourcenorientierte Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten bezieht Kinder, Eltern und auch alle Beschäftigten der Kindertagesstätten mit ein.

Einige neuere Entwicklungen könnten die Weiterentwicklung des Settings Kindertagesstätten vorantreiben. Zum einen wurde im Jahr 2003 die erste Phase der Definition exemplarischer Gesundheitsziele für die Bundesrepublik Deutschland abgeschlossen (Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, 2003 und Altgeld, 2003). Im Rahmen dieser Zieldefinition für Kinder und Jugendliche wurde die Kindertagesstätte als eines von drei Settings zur Umsetzung der Gesundheitsziele für Kinder und Jugendliche definiert. Außerdem wurde die Weiterentwicklung dieses Settings als eine von fünf Maßnahmen vorgeschlagen. Damit sind erste Schritte für eine Bearbeitung und Aufwertung des Settings Kindertagesstätten gegangen worden. Es fehlen noch die flächendeckenden Maßnahmen, von denen die bundesweit 48203 Kindertagesstätten (Statistisches Bundesamt, 2001) direkt profitieren und die notwendige Investitionsbereitschaft in dieses Setting.

Außerdem startete im Juni 2003 ein Modellprojekt der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. und des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen. Da für den Kindertagesstättenbereich fast keine Erfahrungen mit dem Setting-Ansatz vorliegen, obwohl gerade hier viele Kinder aus unterversorgten Familien bereits zu einem sehr frühen Zeitpunkt im Lebensverlauf in Erscheinung treten, soll das Projekt „Förderung von Gesundheitspotentialen bei sozial benachteiligten Kindern im Elementarbereich“ ein neues Handlungsfeld mit Modellcharakter eröffnen (Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e. V., 2003, S. 3). Explizites Projektziel ist Weiterentwicklung des Settingansatzes in Kindertagesstätten und die Übertragung von Erfahrungen aus anderen gesundheitsfördernden Settings auf diesen Sektor.

In der laufenden Pilotphase 2003 wurden zunächst

- vorhandene Ansätze recherchiert,
- übertragbare Gesundheitsmanagementansätze auf das Arbeitsfeld Kindertagesstätte analysiert,
- eine Expertise zu Ressourcen von sozial benachteiligten Kindern in Kindertagesstätten erstellt
- sowie darauf aufbauend in Workshops mit Erzieher/innen sowie Professionellen aus dem Umfeld von Kindertagesstätten (Jugendämter, Gemeindeunfallversicherer, Krankenkassen, Wohlfahrtsverbände und Landesvereinigungen für Gesundheit) ein Handlungskonzept erarbeitet.

Dieses Handlungskonzept soll in einer zweijährigen Interventionsphase in fünf Bundesländern in Kindertagesstätten mit unterschiedlicher Trägerstruktur erprobt und wissenschaftlich begleitet werden. In dem Handlungskonzept werden die Ansatzpunkte und Zielgruppen der Settingarbeit genau ausdifferenziert. Beginnend bei der Analyse und Verbesserung der Arbeitssituation von Erzieher/innen werden Ansatzpunkte entwickelt für die gesundheitsfördernde Arbeit mit sozial benachteiligten Kindern, deren Eltern und die Nutzung von Ressourcen aus dem kommunalen Umfeld. Die Weiterentwicklung des Settings „Gesundheitsfördernde Kindertagesstätte“ setzt bei den Erzieher/innen an. Gesundheitsförderung wird dabei kein zusätzlicher Arbeitsauftrag werden, sondern will die Erzieher/innen dabei unterstützen die Routinen des Arbeitsalltags gesundheitsförderlich zu gestalten. Die Ergeb-

nisse des Projektes sollen ein Eingang in die Ausbildung dieser Berufsgruppe und in die Landesjugendhilfepläne finden.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat 2002 ausgewählte Modellprojekte im Rahmen des schon erwähnten veröffentlicht. Dort wurden anhand definierter Qualitätskriterien (Zielgruppenbezug, Dokumentation und Evaluation, themenübergreifender Ansatz sowie Kooperation und Vernetzung) vierzehn Modellkindertagesstätten ausgewählt und dokumentiert. Das einzige Projekt, das explizit „Kinder sozial benachteiligter Risikogruppen im Alter von 0,8 – 4 Jahren, behinderte Kinder und Migrantenkinder“ (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2002, S. 212) in der Settingarbeit in den Vordergrund stellt, stammt aus Luxemburg. Das Projekt „**Benjamin-Club – Integrative Früherziehung**“ wird vom Erziehungsministerium Luxemburg getragen. Die Projektziele sind:

- „Entwicklung psychologischer und persönlicher Ressourcen von Kindern und Eltern
- Integration von Problemkindern und ihren Eltern in die Projektarbeit bzw. Projektgruppen
- Enge Zusammenarbeit mit den Eltern
- Verbesserung der Interventionsqualität im Elementarbereich
- Schaffung von Strukturen auf kommunaler Ebene
- Entwicklung neuer diagnostischer Instrumente
- Schaffung von Kooperationsmöglichkeiten und therapeutischer Unterstützung“ (ebd. S. 212)

Nach vier vorbereitenden Projektphasen, in denen die Infrastrukturen und Instrumente aufgebaut und entwickelt wurden, werden über zwölf Spielgruppen etwa 600 Kinder mittlerweile erreicht. Die beteiligten Eltern erhalten eine Aufwandsentschädigung. In der externen Projektevaluation konnte eine „Angleichung anderer sozialer und schulischer Indikatoren an die Kontrollgruppen (Konzentrationsfähigkeit, Gehorsam, Ausdrucksfähigkeit, Inanspruchnahme des Lehrers, Probleme bei der Arbeit“ (S. 213) erreicht werden. Außerdem wurde eine erhebliche Reduzierung des Aggressionspotenzials sowie die Verbesserung des „Development Quotienten“ insbesondere bei Kindern mit hohem Risikoanteil nachgewiesen.

Der Benjamin-Club ist damit das einzige Projekt, das mit einem breiten Settingansatz im Elementarbereich erfolgreich Beiträge zur gesundheitlichen Chancengleichheit leistet und die Effekte dabei belegen kann. Es ist gleichzeitig das einzige Projekt nicht nur im Rahmen dieser Recherche, sondern auch der andern beiden 2003 vorgelegten Recherchen (Kirch und Göpfert, Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.), das neue Zugangswege für die Arbeit mit sozial benachteiligten Müttern und Vätern erfolgreich erprobt hat. Das Mittel der Aufwandsentschädigung als Motivation für diese Elterngruppen ist im Kindertagesstättenbereich in Deutschland natürlich schwer realisierbar, aber bislang liegen auch keine anderen erfolgreichen Anreizsysteme für die Verbesserung der Erreichbarkeit vor.

5. Gesundheitsfördernde Schulen

Gesundheitsbezogene Maßnahmen finden - z.B. in Form von Gesundheitserziehung - bereits seit Jahrzehnten im schulischen Kontext² statt. Diese Maßnahmen orientierten sich überwiegend am Präventionsparadigma und nutzen die Schule als Bildungseinrichtung, in der eine gesamte Bevölkerungsgruppe leicht zu erreichen ist (Altgeld, Kolip, 2003). Die Schnittstellen des Bildungssektors zum Gesundheitssektor sind ansonsten ähnlich wie bei den Kindertagesstätten marginal. Lediglich zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe) wurde im Rahmen von SGB V, § 21 festgehalten, dass die „Maßnahmen vorrangig in Gruppen, insbesondere in Kindergärten und Schulen, durchgeführt werden“ (BKK-Betriebsservice, 2003, S. 348). Hierzu wurden Rahmenvereinbarungen auf Länderebene geschlossen.

Eine andere Schnittstelle waren bzw. sind die Schuleingangsuntersuchungen, in denen die „Schulfähigkeit“ der Kinder festgestellt werden soll. Diese ist zumeist in den Schulgesetzen der Bundesländer geregelt und wurde bislang durch den öffentlichen Gesundheitsdienst in der Regel durchgeführt. In Bayern und Baden-Württemberg gilt allerdings mittlerweile der Nachweis der U9 als ausreichender Beleg für die Schulfähigkeit. Nur diejenigen Kinder, die diesen Nachweis nicht vorlegen können, werden durch den öffentlichen Gesundheitsdienst untersucht. Aufgrund der Heterogenität der Regelungen der einzelnen Bundesländer, und darüber hinaus gibt es teilweise weitere Unterteilungen wie z.B. in Niedersachsen die Bezirksregierungsebene, waren die Daten der Schuleingangsuntersuchungen für epidemiologische Zwecke kaum nutzbar.

Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung spielt in den jeweiligen Schulgesetzen der Länder nur eine nachrangige Rolle. Die Kultusministerkonferenz hat 1992 einen Bericht „Zur Situation der Gesundheitserziehung in der Schule“ verabschiedet. Er gibt eine länderübergreifende Übersicht zur Situation der Gesundheitserziehung in der Bundesrepublik und formuliert daraus Empfehlungen die zwar den Ansatz der Gesundheitsförderung als relevant und zukunftssträchtig für Schulen charakterisiert, aber im wesentlichen der klassischen Gesundheitserziehung mit ihrem individuellen, risikominimierenden Ansatz verpflichtet bleibt (Kultusministerkonferenz, 1992).

„Mit dem Setting-Ansatz soll es Schulen ermöglicht werden Gesundheit zum Thema ihrer Schule zu machen und einen Schulentwicklungsprozess mit dem Ziel einzuleiten, ein gesundheitsförderndes System Schule zu schaffen, das die auf den Arbeits- und Lernplatz Schule bezogene Gesundheit aller an der Schule Beteiligten fördert. Übergeordnetes Ziel ist die Steigerung der Bildungsqualität der Schule“ (Barkholz u.a. 2001, S. 9). Die Bedeutung von Schulen für Gesundheit der Schüler/innen wurde vor der Implementation des Settingansatzes eher unterschätzt. Gesundheitserziehung hat sich in Schulen bis zur Verabschiedung der Ottawa-Charta auf die Vermittlung von gesundheitsrelevanten Wissen (z.B. zu den Gefahren des Rauchens oder Alkoholkonsums) in bestimmten Fächern, insbesondere

² Eine Besonderheit des deutschen Bildungssystems ist die im Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland festgelegte Länderzuständigkeit für das Bildungswesen und die Kultur, die sogenannte „Kulturhoheit der Länder“. Deshalb sind die meisten Maßnahmen eher bundeslandspezifisch und kaum bundeslandübergreifend angelegt. In der Bundesrepublik Deutschland gab es im Schuljahr 2001/02 insgesamt 41.441 allgemeinbildende Schulen (vgl. Statistisches Bundesamt 2003).

Biologie, und den Versuch einer „präventiven Einflussnahme auf gesundheitliche Risikoverhaltensweisen von Schülern“ (Paulus, 2003, S. 970) beschränkt.

Schule als soziales System mit seinen positiven wie negativen Auswirkungen auf die Gesundheit der dort lernenden und arbeitenden Menschen ist erst im Rahmen der Implementation des Settingansatzes stärker ins Blickfeld geraten. „Die schulische Gesundheitsförderung will alle Mitglieder einer Schulgemeinschaft dazu befähigen, verantwortungsbewusst mit ihrer eigenen Gesundheit und der ihrer Mitmenschen umzugehen (ebd.). Die Weltgesundheitsorganisation hat bereits 1991 auf der Grundlage der Europarat-Empfehlung von 1988 mit dem Aufbau eines Netzwerkes gesundheitsfördernder Schulen begonnen. In Deutschland wurde 1990 der erste Bund-Länder-Modellversuch „Gesundheitsförderung im schulischen Alltag“ in Schleswig-Holstein gestartet (Barkholz, Homfeldt, 1994). 1992 wurde von der Kultusministerkonferenz der Länder der Bericht „Zur Gesundheitserziehung in Schulen“ einschließlich der Aus- und Fortbildung der Lehrer auf diesem Gebiet vorgelegt, in dem ein ganzheitliches Lebensweisenkonzept festgeschrieben wurde. 1994 veröffentlichte das Bundesministerium für Bildung und Wissenschaft einen „Beitrag zu einer neuen Perspektive der Gesundheitsförderung“ unter dem Titel „Gesundheit und Schule“. 1993 wurde der zweite Bund-Länder-Modellversuch gestartet und 1997 der dritte. Somit kann in Deutschland auf eine mehr als zehnjährige Erfahrungen mit Modellen zur gesundheitsfördernden/gesunden Schule zurückgeblickt werden.

Die Programmatik und Reichweite des Konzeptes ist im Rahmen des dritten Bund-Länder-Modellversuchs „Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit (OPUS)“ umfassend definiert worden: „Die Gesundheitsfördernde Schule entfaltet sich nicht eindimensional. Ihre gesundheitsförderlichen Aktivitäten decken einen großen Bereich ab. Je nach den aktuellen Erfordernissen initiiert und führt sie Projekte zur Verbesserung des Unterrichts, zur Verbesserung der sozialen Beziehungen, zur Fort- und Weiterbildung der Lehrkräfte, zur ökologischen Umgestaltung der Schule, zur Kooperation mit externen Partnern, zur Verbesserung schulischer Organisationsstrukturen und –abläufe, zur Steigerung der Kenntnis und der Akzeptanz der Idee der Gesundheitsfördernden Schule bei den beteiligten Personengruppen in und außerhalb der Schule durch“ (Barmer Ersatzkasse, 1998, S. 3).

Eine Weiterentwicklung der Programmatik erfolgte durch die Teilnehmer der ersten Konferenz des Europäischen Netzwerkes Gesundheitsfördernde Schulen 1997 in Thessaloniki. Auf der Konferenz wurde befürwortet, dass mit staatlichen Maßnahmen dafür gesorgt wird, dass das Konzept der gesundheitsfördernden Schule in ganz Europa voll umgesetzt wird. Die dort verabschiedete Resolution gibt einen guten Überblick zu den Prinzipien des Ansatzes und dem aktuellen Stand des Konzeptes und setzt sich dabei auch mit Chancengleichheit im schulischen Kontext auseinander. Die zehn Kernbereiche sollen deshalb im Wortlaut hier dokumentiert werden:

- „1. Demokratie: Die gesundheitsfördernde Schule gründet sich auf demokratische Prinzipien, die das Lernen, die persönliche und soziale Entwicklung und die Gesundheit fördern.
2. Chancengleichheit: Die gesundheitsfördernde Schule gewährleistet, dass das Prinzip der Chancengleichheit in die Lernerfahrung eingebettet ist, was sichert, dass Unterdrückung, Furcht und Spott in den Schulen keinen Raum haben. Die gesundheitsfördernde Schule bietet allen einen chancengleichen Zugang zu allen Bildungsmöglichkeiten. Ziel der gesundheitsfördernden

Schule ist es, die emotionale und soziale Entwicklung des einzelnen zu fördern und ihm eine diskriminationsfreie Selbstverwirklichung zu ermöglichen.

3. Befähigung zum selbstbestimmten Handeln: Die gesundheitsfördernde Schule fördert die Fähigkeiten der jungen Menschen, zu handeln und Veränderungen zu bewirken. Sie bietet ihnen einen Rahmen, in dem sie in der Zusammenarbeit mit ihren Lehrern und anderen das Gefühl gewinnen können, etwas geleistet zu haben. Die Befähigung zum selbstbestimmten Handeln, die sich mit den Visionen und Vorstellungen der jungen Menschen verknüpft, ermöglicht es ihnen, ihr Leben und ihre Lebensbedingungen selbst zu gestalten. Erreicht wird das durch gute Bildungskonzepte und -methoden, die die Möglichkeit einer Teilhabe an kritischer Entscheidungsfindung bieten.

4. Schulisches Umfeld: Die gesundheitsfördernde Schule sieht im physischen und sozialen schulischen Umfeld einen wesentlichen Faktor für die Förderung und Erhaltung von Gesundheit. Die Umwelt wird durch die Pflege von Konzepten, die das Wohlergehen fördern, zur unschätzbaren Ressource einer wirksamen Gesundheitsförderung. Dazu gehört, dass Gesundheits- und Sicherheitsmaßnahmen festgelegt und überwacht und geeignete Leitungsstrukturen eingeführt werden.

5. Lehrplan: Der Lehrplan einer gesundheitsfördernden Schule bietet jungen Menschen die Möglichkeit, Wissen und Einsicht zu gewinnen und sich die für ihr Leben wesentlichen Fähigkeiten anzueignen. Der Lehrplan einer gesundheitsfördernden Schule bietet auch Lehrenden und anderen in der Schule Arbeitenden Anregung und ist zudem ein Anreiz für ihre eigene persönliche und fachliche Entwicklung.

6. Lehrerbildung: Die Lehrerbildung stellt nicht nur eine Investition in Bildung, sondern auch in Gesundheit dar. Die Gesetze müssen zusammen mit geeigneten Anreizen den Aufbau der Lehrerbildung bestimmen, und zwar sowohl der Grundausbildung als auch der beruflichen Weiterbildung, wobei die gesundheitsfördernde Schule den konzeptuellen Rahmen dieser Ausbildung abgibt.

7. Erfolge messen: Gesundheitsfördernde Schulen beurteilen die Wirksamkeit ihrer Tätigkeit in Schule und Gemeinschaft. Das Messen von Erfolgen gilt als Instrument der Unterstützung und Selbstbefähigung und als ein Prozess, durch den die Prinzipien der gesundheitsfördernden Schule ihre wirksamste Anwendung finden können.

8. Zusammenarbeit: Gemeinsame Verantwortung und enge Zusammenarbeit zwischen den Ministerien, insbesondere dem Ministerium für Bildung und dem Ministerium für Gesundheit, ist eine Schlüsselvoraussetzung für die strategische Planung der gesundheitsfördernden Schule. Die auf nationaler Ebene bewiesene Partnerschaft spiegelt sich auf regionaler und örtlicher Ebene wider. Aufgabenverteilung, Zuständigkeiten und Rechenschaftslegung müssen festgelegt und allen Beteiligten erläutert werden.

9. Gemeinschaften: Eltern und Schulgemeinschaft spielen bei der Leitung, Unterstützung und Durchsetzung des Konzepts der schulischen Gesundheitsförderung eine lebenswichtige Rolle. In partnerschaftlicher Zusammenarbeit stellen Schulen, Eltern, nichtstaatliche Organisationen und Ortsgemeinde eine starke, positive Veränderungen bewirkende Kraft dar. Auch die jungen Menschen selbst werden dadurch wahrscheinlicher zu aktiven Bürgern ihrer Gemeinde. Die Schule und ihre Gemeinschaft haben zusammen einen positiven Einfluss auf die Schaffung eines gesundheitsförderlichen sozialen und physischen Umfelds.

10. Zukunftsbeständigkeit: Auf allen Ebenen von Politik und Verwaltung müssen Ressourcen für die Gesundheitsförderung in Schulen vorgesehen werden. Diese Investition wird zur langfristigen, nachhaltigen Weiterentwicklung des Gemeinwesens beitragen, und die einzelnen Gemeinden werden ihrerseits zunehmend zur Ressource für die Schule.“ (<http://www.who.dk/enhps/page/>, Zugriff 1/2003)

Die durch den Setting-Ansatz initiierten Schulentwicklungsprozesse sollen den Schulen ermöglichen, den Lern- und Arbeitsplatz Schule gesundheitsfördernd gestalten. Einbezogen werden dabei sowohl die Schüler/innen, die Lehrer/innen, die Eltern, das nicht unterrichtende Personal sowie das kommunale Umfeld der Schulen. Gesundheitsförderung reicht von Gestaltung der Schulgebäude bis zu veränderten Interaktionsstrukturen zwischen Eltern, Schülern/innen und Lehrern/innen. Gerade die neueren Modellversuche im schulischen Sektor verknüpfen diese Aktivitäten mit dem übergeordneten Ziel, die Bildungsqualität der Schule zu steigern. Hier sind insbesondere das von der Bertelsmannstiftung 2000 ins Leben gerufene Projekt „anschub.de“ (www.anschub.de, Zugriff 11/2003) und das von den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenversicherungen mit den Landesvereinigungen für Gesundheit 2003 gestartete Projekt „gesund leben lernen (Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen, 2003) zu nennen.

Innerhalb von „anschub.de“ wurde der Begriff der „guten, gesunden Schule“ entwickelt, der Schulen in ihren Kernroutinen unterstützen will und Gesundheit gleichzeitig als Produkt und Funktionsmerkmal einer guten Schule definiert. „anschub.de“ versteht sich als nationale Allianz von Partnern, die gemeinsam nachhaltige gesundheitsförderliche Entwicklung von **S**chulen durch ein Investment in Gesundheit **u**nd **B**ildung absichern will (ebd. Die Buchstaben, die in die Abkürzung einfließen, sind fett markiert. Das Projekt „gesund leben lernen“ der Spitzenverbände der GKV mit den Landesvereinigungen verfolgt die Zielstellung, Gesundheitsmanagementansätze aus dem betrieblichen Kontext auf Schulen zu übertragen (Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen, 2003). Da es beteiligungsorientiert angelegt ist und an den Lern- und Lehrrountinen ansetzt, wird Gesundheit nicht als zusätzlicher Auftrag an Schulen herangetragen, sondern auf die Probleme im Ablauf von Schulen und schulbezogene Möglichkeiten zu deren Lösungen fokussiert. (Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen, 2003)

In welchen Feldern können Veränderungen im Sinne einer gesundheitsfördernden Organisationsentwicklung in Schulen ansetzen? Dies beginnt bei einer anderen Gestaltung des Unterrichts, z.B. der Erprobung neuer Unterrichtsformen oder der Aufnahme gesundheitsbezogener Elemente (Bewegungspausen oder Klassenfrühstück) in den Unterricht selbst und endet bei der Entwicklung eines Schulprogrammes, in dem Gesundheitsförderung einen wichtigen Baustein darstellt. Außerdem spielt die Schulhof-, Klassenraum- und Gebäudgestaltung eine wesentliche Rolle bei der Veränderung von Schulleben. Dazu gehören Schulhöfe, die Bedürfnisse nach Bewegung und Kommunikation genauso befriedigen wie die nach Ruhe und Entspannung. Auch dem Stress- und Aggressionsabbau (z.B. über die Vermittlung einer gewaltfreien Streitkultur, Ausbildung von Schülermediatoren) sowie der Stärkung psychosozialer Kompetenzen kommt eine besondere Rolle zu. Die gesundheitsfördernde Schule ist aber nicht auf die Schulzeit und den geografischen Raum Schule begrenzt, sondern enthält ebenso eine Öffnung in das kommunale Umfeld und leistet Beiträge zu einer sinnvollen Freizeitgestaltung. Die Öffnung in das kommunale Umfeld wird als wechselseitiger Prozess organisiert, d.h. die Schule mobilisiert zusätzliche Ressourcen (z.B. von Firmen) und stellt gleichzeitig ihre Ressourcen (insbesondere Räume, vor allem Turnhallen) dem Stadtteil zur Verfügung.

In Deutschland hat es seit Anfang der 90er Jahre insgesamt fünf größere, evaluierte Modellversuche zur Implementation von Gesundheitsförderung in den schulischen Alltag ge-

geben. Alle bisherigen Modellprojekte im Bereich der gesundheitsfördernden Schulen stellen gesundheitliche Chancengleichheit oder Chancengleichheit der WHO-Erklärung von 1997 (Thessaloniki) nicht in den Vordergrund ihres Interventionsansatzes. Soziale Benachteiligung taucht als Stichwort oder Untersuchungsaspekt weder in der Modellkonzeption noch innerhalb der initiierten Prozesse noch in der Ergebnisevaluation auf, zumindest nicht explizit. Bestenfalls gehen die Modellinitiatoren und –träger aufgrund des umfassenden Settingansatzes davon aus, dass sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche von den Modellversuche genauso profitieren, wie andere Kinder und Jugendliche, da die Bedürfnisse von Schülern/innen in fast allen Projekten einbezogen wurden, allerdings unterschiedlich stark. Für die Modellversuche in Deutschland lässt sich indirekt durch eine Analyse der beteiligten Schulformen herausfinden, ob über die Auswahl der Schulformen durch den Setting-Ansatz ein Beitrag zur gesundheitlichen Chancengleichheit geleistet wurde. Nachfolgende Übersicht macht allerdings eher deutlich, dass dies nicht der Fall ist.

Modellversuch	Grund- schulen	Real- und Regel- schulen	Berufs- bildende Schulen	Haupt- und Sonder- schulen	Gesamt- schulen	Gymna- sien	Sonstige
<i>BLK-Modellversuch „Gesundheitsförderung im schulischen Alltag“</i>	Keine Angaben: „Allgemeinbildende Schulen aller in Schleswig-Holstein angebotenen Schularten“ (Barkholz, Homfeld, 1994, S. 14)						
<i>BLK-Modellversuch „Netzwerk gesundheits- fördernder Schulen“</i>	3	5	1 (in ei- nem Schul- zentrum)	2 (davon eine GS und HS)	7	5 (davon 1 Schul- zentrum (Gym + BBS)	3 Sek. 1
<i>BLK-Modellversuch „OPUS - Offenes Parti- zipationsnetz und Schul- gesundheit“</i>	Nicht ausgewiesen im Rahmen des Abschlußberichtes						
<i>GimS – Gesund- heitsförderung in und mit Schulen</i>	1	1	0	1	1	1	0
<i>Förderungsprogramm „Gesunde Schule“ der Robert-Bosch-Stiftung</i>	4	3	3	4	4	5	0

Abbildung 1: Beteiligte Schulformen in den deutschen Modellversuchen

Bei der Übersicht überrascht zunächst, dass für zwei Bund-Länder-Modellversuche keine Angaben zu den beteiligten Schulformen vorliegen innerhalb der Abschlusspublikationen. Dabei zeichnen sich die unterschiedlichen Schulformen durch große Unterschiede hinsichtlich der Qualifikation des dort arbeitenden Lehrpersonals, der strukturellen Voraussetzungen und der Zusammensetzung der Schülerschaft aus. Es kann davon ausgegangen werden, dass in Haupt-, Sonder- und Berufsbildende Schulen der Anteil sozial benachteiligter Kinder höher ist als in den anderen Schulformen. Wenn diese Zielgruppen besonders von dem Ansatz der gesundheitsfördernden Schulen profitieren sollen, muss eine entsprechende Akzentsetzung bei der Auswahl der Modellschulen erfolgen.

Da bei der Auswahl der Modellschulen aller vorgestellten bundesdeutschen Modellversuche das Interesse der Schulen allein ausschlaggebend war und im letzten Bund-Länder-Modellversuch keine zusätzlichen Ressourcen in die beteiligten Modellschulen gegeben wurden, ist eine solche Akzentuierung der Modellversuche nicht erfolgt. Die vergleichsweise geringe Beteiligung von Haupt-, Sonder- und Berufsbildenden Schulen an den Modellversuchen, für die Übersichten nach Schulformen vorliegen, zeigt auch, dass für diese Schulformen ein breiter Ansatz, der auf freiwilligen Interessenbekundungen der Kollegien beruht, kaum greift. Diese Auswahlprozedur für die Beteiligung an den Modellversuchen reproduziert eher soziale Ungleichheiten, weil Gymnasien beispielsweise überproportional häufig vertreten waren, als dass es sie allein im Hinblick auf die Schulformen abbaut. Hier muss über spezielle Anreizsysteme, auch in Form materieller Ressourcen nachgedacht werden, wenn Schulformen, die besonders geeignet sind, sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche zu erreichen, stärker als bisher in die Modellversuche einbezogen werden sollen. Im Rahmen des Gesundheitszieldefinitionsprozesses auf Bundesebene ist deshalb auch die Forderung nach einem eigenen Modellversuch für Berufsbildende Schulen aufgestellt worden (Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, 2003, S. 159).

Die **Fritjof-Nansen-Schule** war bereits eine Modellschule innerhalb des zweiten Bund-Länder-Modell-Versuches „Netzwerk gesundheitsfördernder Schulen“. Die Grundschule liegt in einem sozialen Brennpunkt in Hannover ist ein hervorragendes Beispiel, wie sich Schule auch unter den gegebenen, schulgesetzlichen Rahmenbedingungen neu organisieren lässt und Beiträge zur Chancengleichheit leisten kann. Das Schulprogramm der Fritjof-Nansen-Schule umfasst fünf Schwerpunkte:

- Gesundheitsförderung
- Sozialarbeit in der Schule
- Schule steuern und organisieren
- Bewegung schafft Raum
- Lernen neu organisieren.

Zum Schwerpunkt Gesundheitsförderung gehört Ergonomie von Schulmöbeln genauso wie Gesundheitsmanagement für die Lehrkräfte. Außerdem werden gesunde Ernährungsangebote in der Schule vorgehalten, die gleichzeitig dazu beitragen für Kinder, die ohne Frühstück in die Schule kommen, Grundlagen zu schaffen, sich aktiv am Unterricht zu beteiligen und nicht durch Hungergefühle davon abgelenkt zu werden. Ein wesentlicher Schwerpunkt der Schule ist Bewegungsförderung in allen Bereichen. Der Schulhof wurde in eine Schulhoflandschaft Oase verwandelt, der zu vielfältigen Bewegungserfahrungen anregt. Im einzelnen umfasst der Bewegungsschwerpunkt folgende Aspekte:

- Bewegung im Unterricht (fächerübergreifend, dynamisches Sitzen)
- Bewegte Pausen
- Gestaltung von Bewegungs- und Entspannungsräumen
- Rhythmisieren der Stunden- und Pausenzeiten sowie des Wochenablaufs
- Zusammenarbeit mit Sportvereinen
- Lehrersport

Das Lernen in der Fritjof-Nansen-Schule wird durch die Einrichtung von Selbst-Lern-Zentren neuartig organisiert. Die Selbst-Lern-Zentren werden zwar von Lehrern/innen betreut, aber zunächst sind die Kinder auf sich, das eigene Entdecken und den Austausch untereinander angewiesen. Die Selbstlernzentren sind so strukturiert, dass Kinder sich selbsttätig und forschend mit Inhalten auseinandersetzen können. Die Selbstlernzentren werden parallel zum Klassenzimmerunterricht genutzt, Nachmittags stehen sie außerschulischen Gruppen zur Verfügung. Selbst-Lern-Zentren existieren für die Bereiche Medien und Kommunikation, Natur und Umwelt, Sprache, Mathematik und Projektlernen. Die Schule ist sehr gut im Stadtteil, z.B. mit Jugendhilfeeinrichtungen, aber auch darüber hinaus vernetzt etwa mit dem Gemeindeunfallversicherungsverband, gesetzlichen Krankenkassen oder Fortbildungseinrichtungen. Die vielfältigen Aktivitäten wurden aus öffentlichen Mitteln und Sponsorengeldern finanziert.

6. Gesunde Städte

Das weltweite „Gesunde-Städte-Netzwerk“ der WHO wurde etwa zeitgleich mit der Verabschiedung der Ottawa-Charta 1986 gegründet. „Das Regionalbüro für Europa der Weltgesundheitsorganisation initiierte das Gesunde-Städte-Projekt, um ein Instrument zu schaffen, das die Anwendung der Grundsätze der Strategie ‚Gesundheit für alle‘ (‚Health for all‘) auch auf lokaler Ebene prüfen sollte“ (WHO, 1992, S.1). In einer Grundsatzprogrammatur wurden elf Punkte formuliert, die eine gesunde Stadt ausmachen, aber die Initiatoren des Projektes betonen, dass nicht die Ergebnisqualität dabei im Vordergrund der Betrachtungen steht, sondern Initiierung von Prozessen: „Das Konzept der gesunden Stadt zielt auf den Prozess und nicht auf sein Ergebnis. Eine gesunde Stadt ist nicht unbedingt eine Stadt, die ein bestimmtes gesundheitliches Niveau erreicht hat. Sie ist vielmehr eine Stadt, die Gesundheit zu ihrem Anliegen macht und zu verbessern sucht. Jede Stadt kann zu einer gesunden Stadt werden, sofern sie sich der Gesundheit verpflichtet fühlt und über Strukturen und Prozesse zu ihrer Verbesserung verfügt“ (ebd. S.3).

Innerhalb des gesunden Städte-Netzwerkes der WHO waren von Anfang an auch deutsche Städte (Bremen, Dresden, Düsseldorf, Frankfurt und München) beteiligt. Das nationale Gesunde-Städte-Netzwerk, das deutsche Gesunde-Städte-Netzwerk wurde 1989 gegründet. Auf der Mitgliederversammlung in Greifswald am 24. und 25. Mai 1993 in Greifswald wurden Beitrittskriterien beschlossen, die bislang nur in einem Punkt verändert wurden (Punkt 9 wurde am 7. Juni 2000 in Osnabrück verändert) und nach wie vor ihre Gültigkeit besitzen:

1. „Der Rat der Stadt befürwortet die Gesunde Städte-Konzeption und erklärt sich damit gleichzeitig mit den Zielen und Inhalten der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (1986) einverstanden.
2. Die Benennung einer für die kommunale Gesunde Städte-Arbeit zuständigen Person hat verbindlich zu erfolgen.
3. Eine ressortübergreifende gesundheitsfördernde Politik ist zu entwickeln. Dafür werden die verschiedenen Politikbereiche und Fachämter über die Gesunde Städte-Konzeption informiert. Weitere Institutionen (Krankenkassen, Verbände, Bildungseinrichtungen, Wissenschaft, Wirtschaft usw.) sowie Bürgerinitiativen sind in die-

- sen Prozess einzubeziehen. Die Einrichtung entsprechender kooperativer Infrastrukturen (Gesundheitsförderungskonferenz) wird für die Umsetzung einer präventiven Gesundheitspolitik empfohlen.
4. Gesundheitsfördernde Inhalte und Methoden sollen bei allen öffentlichen Planungen und Entscheidungen berücksichtigt werden.
 5. Ziel ist es, Rahmenbedingungen zu schaffen, dass alle Bürgerinnen und Bürger sich verstärkt an der Gestaltung ihrer Lebens- und Umweltbedingungen beteiligen können. Für diese Mitwirkung wird die Schaffung geeigneter Unterstützungs- und Koordinierungsstrukturen empfohlen.
 6. Verständliche und zugängliche Informationen und Daten sollen den Prozess zu einer gesunden Stadt begleiten (Gesundheits- und Sozialberichterstattung).
 7. Die Teilnahme an gemeinsamen Treffen mit Delegierten der am Netzwerk beteiligten Städte soll den gegenseitigen Austausch und die Weiterentwicklung der gesundheitsfördernden Aktivitäten gewährleisten. Die Teilnahme an der jährlichen Mitgliederversammlung ist zu ermöglichen für je einen Vertreter / eine Vertreterin der Mitglieds-Gebietskörperschaft und je einem Vertreter / einer Vertreterin aus dem Kreis der Selbsthilfegruppen, Bürgerinitiativen, selbst-organisierten Projekten der Mitglieds-Gebietskörperschaft, der / die in der jeweiligen Kommune gewählt wird. Die Beteiligung an weiteren Treffen (z.B. Symposium, Workshops) ist zu unterstützen.
 8. Erfahrungen, Erkenntnisse und praktikable Modelle zur Gesundheitsförderung sind an das Gesunde Städte-Sekretariat zur Verbreitung im Netzwerk zu übermitteln.
 9. Alle 4 Jahre trägt das Gesunde-Städte-Mitglied den anderen Netzwerkmitgliedern seinen Erfahrungsbericht vor, der die Erkenntnisse aus der kommunalen Gesunde-Städte-Arbeit reflektiert. Spätestens nach 4 Jahren werden die zuständigen Gremien in der Stadt (Stadtrat und/oder Fachausschuss/Fachausschüsse) über die kommunale Umsetzung der Gesunde-Städte-Programmatik informiert, um über die weitere Arbeit zu entscheiden“ (Gesunde Städte Netzwerk, 2003)

Diese Kriterien stellen den Aufbau von minimalen Infrastrukturen und die Initiierung von gesundheitsfördernden Prozessen in den Mittelpunkt. Das Etikett „Gesunde Stadt“ war zumindest Ende der 80er und Anfang der 90er Jahre eine willkommene Einstiegsmotivation für interessierte Stadtverwaltungen und Kommunalpolitiker zum Beitritt in das Gesunde-Städte-Netzwerk. Leider oft auch nicht viel mehr als das. Die Kriterien des Netzwerkes wurden deshalb ergänzt um Mindeststandards (1999) und Qualitätsmerkmale (2000), um ein einheitliches Vorgehen innerhalb des deutschen Städte Netzwerkes zu gewährleisten.

Innerhalb des „Gesunde-Städte-Netzwerkes“ waren deutschlandweit im Jahr 2003 60 Städte und Gemeinden organisiert. Das sind zwar nur knapp 0,4 % aller deutschen Gemeinden, aber bis auf Leipzig sind innerhalb des Netzwerkes alle deutschen Großstädte organisiert. Bislang existiert keine Gesamtevaluation des deutschen Gesunde-Städte-Netzwerkes. Einzelne Mitgliedsstädte haben einzelne Programme evaluiert. In einer Umfrage haben Plümer und Trojan 2002 erstmals den Aufbau von Infrastrukturen im Rahmen des Gesunde-Städte-Netzwerkes untersucht. Bei vielen Mitgliedsstädten ist es bislang bei der Selbstverpflichtung auf die Kriterien des Netzwerkes geblieben, ohne dass nennenswerte Gesundheitsförderungsaktivitäten innerhalb der Stadt vorangetrieben und entsprechende Infrastrukturen für Gesundheitsförderung aufgebaut worden wären. Beispielsweise verfügen mehr als 60 %

der lokalen Geschäftsstellen nicht über eigene Sachmittel, z.B. Telefon, Internetanschluss oder Räume. Das jährliche Budget von 50 % der lokalen Ansprechpartner liegt unter 2.500 Euro, 13 % haben ein jährliches Budget von 2.500-5.000 Euro und 37 % ein Budget über 5.000 Euro jährlich (Plümer, 2002). Plümer hat ein „Gesunde-Stadt-Barometer“ aus seinen Befragungsergebnissen entwickelt, das sechs Qualitätsindikatoren umfasst:

- Ausstattung,
- Selbstverpflichtung,
- Konzeptqualität,
- Integriertheit im Netzwerk,
- Selbstbewerteter Erfolg und
- Integriertheit in der Stadt (Plümer 2003, S. 14).

Anhand der sechs Qualitätsdimensionen differenziert er den Status der Mitgliedsstädte im Netzwerk in drei Niveaus (A-Niveau: exzellent; B-Niveau: befriedigend und C-Niveau: verbesserungswürdig). In der aktuellen Bewertung anhand des vorgeschlagenen Barometers würden demnach von den untersuchten 47 Kommunen 13 Kommunen auf A-Niveau, 22 Kommunen auf B-Niveau und 12 Kommunen auf C-Niveau liegen (ebd.). Die Befragung von Plümer und Trojan stellt ausschließlich Infrastruktur- und Netzwerkaspekte in den Vordergrund, eine Betrachtung der inhaltlichen Handlungsfelder der einzelnen Mitgliedsstädte war nicht intendiert.

Der Berliner **Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg** ist seit Juni 1999 Mitglied im deutschen Gesunde-Städte-Netzwerk. Er ist der kleinste und zugleich am dichtesten besiedelte Berliner Bezirk mit 245.000 Einwohner/innen. Laut Berliner Sozialstrukturatlas liegen dort die größten sozialen und gesundheitlichen Belastungen vor. „Wie die Ergebnisse einer Bürgerbefragung zu Gesundheit und Wohlbefinden im Bezirk zeigen, gibt es trotz der problematischen Bedingungen viele positive Ressourcen für eine gesunde Stadtentwicklung, wie lange Tradition der Bürgerbeteiligung, nachbarschaftliche Kiezstruktur, Vielfalt der Kulturen, großes Potenzial an Selbsthilfe und -organisation, reiche Projektlandschaft, gute Modelle von Stadtplanung und -entwicklung, engagierte Bezirkspolitik“ (Regionalverbund Gesunde Städte-Netzwerk Berlin, 2002, S. 8).

In Friedrichshain-Kreuzberg stehen sozialkompensatorische Ansätze der Gesundheitsförderung im Mittelpunkt, insbesondere bei folgenden Zielgruppen:

- Kinder und Jugendliche und deren Familien und
- Migranten/innen.

Schwangere und junge Familien werden über die Vernetzungsinitiative „Gesundheitsförderung vor und nach der Geburt“ betreut mit dem Ziel, die gesundheitliche und psychosoziale Situation von sozial benachteiligten Müttern und Vätern zu verbessern. „Durch eine enge Kooperation aller in diesem Versorgungs- und Betreuungsbereich Tätigen werden Konzepte und Maßnahmen entwickelt, um Lücken zu schließen, Defizite zu beheben und eventuelle Doppelangebote zu vermeiden“ (ebd.). Darüber hinaus existieren eine Fülle von Projekten für Kinder und Jugendliche, z.B. zur interkulturellen Öffnung von Kindertagesstätten

oder das Projekt „Kinderbeteiligung für eine gesunde und zukunftsfähige Stadt – Kiezdetektive“. Im diesem Projekt sollen Kinder „als Beteiligte in eigener Sache in Planungs- und Entscheidungsprozesse im Rahmen von nachhaltiger gesunder Stadtentwicklung und –gestaltung eingebunden werden. Sie erkunden als Kiezdetektive ihre Lebens- und Wohnumfeld, ermitteln Probleme, aber auch ‚Schätze‘, dokumentieren diese in Form einer Ausstellung und präsentieren die Ergebnisse und Forderungen auf einer Kinderversammlung im Rathaus den verantwortlichen Bezirkspolitikern. Nach ca. sechs Monaten werden in einer zweiten Versammlung die Ergebnisse nachgefragt“ (ebd., S. 9).

Interessant bei dem Beispiel Friedrichshain-Kreuzberg ist zudem, dass die Programme Gesunde Stadt, Soziale Stadt (Quartiersmanagement) und Lokale Agenda 21 eng miteinander verzahnt werden, weil alle drei Programme in sozial benachteiligten Gebieten ähnliche Ziele verfolgen. Eine ähnlich enge Zusammenarbeit der genannten Programme findet sich aufgrund der unterschiedlichen Ressortierung ansonsten im Bundesgebiet kaum.

Die Hansestadt Rostock ist ebenfalls Mitglied im deutschen Gesunde-Städte-Netzwerk und hat sich dabei verpflichtet „bestehende soziale und gesundheitliche Chancenungleichheiten, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen, zu verringern. So ist es auch in den Leitlinien zur Stadtentwicklung der Hansestadt Rostock festgeschrieben“ (Hansestadt Rostock, 2003, S.2). Mit dem Pilotprojekt „**Evershagen – Kinderfreundlicher Ortsteil**“ soll dies in einem E&C-Gebiet/Gebiet der „Sozialen Stadt“ umgesetzt werden. Das Projekt soll aufzeigen, „welche Möglichkeiten und Chancen ohne zusätzliche finanzielle Mittel genutzt werden können, um eine ortsnahe, kinder- und damit familienfreundliche Politik zu entwickeln. Dabei dient eine Situationsbeschreibung auf Basis von Zuarbeiten der Fachämter, des Ortsbeirates sowie des Stadtteitisches und der Kinder als Grundlage für die Benennung von Defiziten“ (ebd., S. 4). Zielstellungen dabei sind:

- Die Lobby für Kinder und deren Familien weiter zu stärken,
- Prioritäten in der Politik zugunsten der Interessen von Kindern zu setzen,
- Flächen- und Nutzungskonkurrenzen im Wirkungsbereich auszuschalten,
- Kindern und Jugendlichen die Möglichkeit zu bieten, als Betroffene und Experten/innen an der Planung und Gestaltung eines kindgerechten Umfelds mitzuwirken und
- bestehende infrastrukturelle Rahmenbedingungen für Kinder und Jugendliche und deren Familien unter aktiver Beteiligung der Betroffenen zu festigen (ebd.).

Zur Umsetzung der Ziele wurde zunächst ein umfassender Bericht erstellt, der die Situation von Kindern in Evershagen analysiert. In den Bericht sind demografische, gesundheitsbezogene, aber auch Infrastrukturdaten und eine Übersicht über medizinische und psychosoziale Versorgung im Stadtteil eingeflossen. Aus diesen Daten und der Befragung von Kindern wurden vorhandene Defizite im Stadtteil benannt, z.B. Spielplätze, andere Freizeitmöglichkeiten, Schulhofgestaltung, Verkehrswegeplanung und öffentlicher Personennahverkehr. Darauf aufbauend wurden die wichtigsten Handlungsbedarfe aus unterschiedlichen Perspektiven erarbeitet:

- aus Sicht von Kindern und Jugendlichen,
- aus Sicht des Ortsbeirates,

- aus Sicht des Stadtteiltisches und
- aus fachlicher Sicht (der Schulen und Ämter).

Die unterschiedlichen Sichtweisen wurden in einem Handlungskonzept zusammengeführt und eine Umsetzungsstruktur dafür entwickelt, die zur Zeit umgesetzt wird.

7. Gesundheitsfördernde Quartiere

Die beiden Beispiele zeigen, dass der hohe Anspruch der „gesunden Stadt“ letztlich auf Quartiersebene eingelöst wird. Ähnlich wie für den Bereich der Kindertagesstätten existiert für das Setting „Gesundheitsförderndes Quartier“ aber weder eine der von der Weltgesundheitsorganisation oder anderen Trägern erarbeitete Grundsatzprogrammatik noch wurden umfangreiche Modellprojekte in diesem Bereich bislang durchgeführt. Dennoch wird das „gesundheitsfördernde Quartier“ als relevantes Gesundheitsförderungssetting für die Arbeit mit sozial benachteiligten Gruppen quasi über zwei völlig unterschiedlichen Zugänge zur Zeit in Deutschland entdeckt und bearbeitet. Einerseits kann in der sozialen Gemeinwesenarbeit zumindest partiell eine neue Aufgeschlossenheit gegenüber gesundheitsbezogenen Themenstellungen und Arbeitsweisen festgestellt werden. Andererseits werden im Rahmen des Settings „Gesunde Stadt“ kleinräumigere Ansätze, die zielgruppenspezifischer gestaltet werden können entwickelt.

Den lokalen Multiplikator/innen vor Ort, insbesondere den Quartiersmanagern/innen kommt bei dieser Entwicklung eine Schlüsselrolle zu. Die vorhandenen Programme auf Bundesebene, die in sozialen Brennpunkten ansetzen, wie die Bund-Länder-Gemeinschaftsinitiative „Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf- Die soziale Stadt“ und das Programmplattform „Entwicklung und Chancen junger Menschen in sozialen Brennpunkten (E&C)“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) setzen deshalb bei dieser Zielgruppe an. Über das E&C-Programm sollen beispielsweise die Quartiersmanager/innen in der gesundheitsfördernden Settingarbeit fortgebildet werden. Diese Zielstellung trifft bei der genannten Multiplikatorengruppe auf ein gewachsenes Interesse an Ansätzen, die eine sektorenübergreifende und ganzheitliche Ansprache sozial benachteiligter Zielgruppen ermöglichen.

Am deutlichsten manifestiert sich bislang die Tendenz der neuen Aufgeschlossenheit der sozialen Gemeinwesenarbeit gegenüber gesundheitlichen Themenstellungen bislang innerhalb des Bund-Länder-Programms „Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf- Die soziale Stadt“. Nachdem zu Beginn des Programmes eher klassische städtebauliche Problemstellungen den Förderschwerpunkt darstellten, sind in der aktuellen Förderphase auch vermehrt weitere Handlungsfelder wie Schule und Bildung im Stadtteil oder Stadtteilkultur und eben auch Gesundheitsförderung als Bestandteil integrierter Stadtteilentwicklung definiert worden (DIFU, 2003b, S. 98ff). „Integrierte Handlungskonzepte haben sowohl in der Praxis als auch in der Fachdiskussion schärfere Konturen gewonnen, dennoch handelt es sich bei ihnen noch um ein Instrument im Entwicklungsstadium.... Wo bisher von integrierten Konzepten die Rede ist, zeigt sich nach wie vor eine große Variationsbreite: Diese reicht von der Übernahme wenig aktueller Ergebnisse aus Vorbereitenden Untersuchungen als Bestands- und Problemanalyse samt kommentierten Projektübersichten über städtebau-

lich dominierte und sozial angereicherte Rahmenplänen bis zu umfassenden integrativen Konzepten, die sich auf gesamtstädtische kleinräumige Analysen mit ausgearbeiteten Leitvorstellungen und detaillierten Vorschlägen zur Umsetzung gründen. Unterschiede fallen auch hinsichtlich der Beteiligungsintensität von Bewohnerschaft und Vor-Ort-Akteuren auf“ (ebd., S.228). Die in diesem Bereich entwickelten Good-Practice-Kriterien und -modelle werden im Kapitel 7.2 der Expertise ausführlicher dargestellt. Das Groß der Projekte wird sich im Bereich der „sozial angereicherten, aber städtebaulich dominierten“ Konzepte wiederfinden.

Interessant dabei ist, dass der WHO-Ansatz in diesem Kontext überhaupt rezipiert wurde und die Nähe in der Strategieentwicklung auch theoretisch aufgearbeitet wird: „Der Schwerpunkt der Projekte und Maßnahmen im Handlungsfeld Gesundheitsförderung liegt bei präventiven und gesundheitsfördernden Angeboten. Charakteristisch ist dabei die Fokussierung auf den Lebensraum und die alltäglichen Lebensweisen der Bewohner/innen. Dieser gebietsbezogene Ansatz korrespondiert mit dem seit Mitte der 80er Jahre des letzten Jahrhunderts zur Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung zunehmend verfolgten ‚Settingansatzes‘ der WHO. Als Settings werden Lebensbereiche mit ihren spezifischen sozialen und organisatorischen Strukturen bezeichnet, wie z.B. Schule, Betrieb, Stadtteil, Quartier, in denen Menschen sich überwiegend aufhalten und Lebensmuster entwickeln, die unter anderem ihre Gesundheit bestimmen. Ansätze der stadtteilbezogenen Gesundheitsförderung zielen zum einem darauf ab, ‚niedrigschwellige‘ Angebote für schwer erreichbare Zielgruppen zu entwickeln, zum anderen darauf, durch Netzwerkbildung die Kooperation im Gesundheitswesen zu verbessern“ (ebd., S. 139).

Auch der Gesundheitsförderungsbereich in Deutschland „reichert sich sozial an“. Konzeptuell ist das sektorenübergreifende Vorgehen schon als wesentliche Handlungsstrategie in der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation von 1986 verankert gewesen. Dennoch ist es den meisten Settingprojekten bislang nicht gelungen, wirklich sektorenübergreifend zu arbeiten und über den Gesundheitssektor hinaus Wirkungen zu entfalten. Dies gilt auch für das Setting „Gesunde Stadt“, das die sektorenübergreifende Arbeitsweise sogar in seiner Grundsatzprogrammatisierung verankert hat.

Im angelsächsischen Bereich ist die soziale Orientierung der Gesundheitsförderung seit jeher stärker verankert. In dem jetzt auch in deutscher Übersetzung vorliegenden „Lehrbuch der Gesundheitsförderung“ von Naidoo und Wills (2003) ist „gesundheitsbezogene Gemeinwesenarbeit und Gemeinwesenentwicklung“ eine von fünf grundsätzlichen Strategien und Methoden (ebd. S. 197ff). Gemeinwesenentwicklung zur Förderung der Gesundheit wird dort definiert als „ein Prozess, bei dem ein Gemeinwesen seine Gesundheitsbedürfnisse selbst formuliert, darüber nachdenkt wie diese erfüllt werden können und gemeinsam darüber entscheidet, welche Prioritäten gesetzt werden sollen“ (ebd., S.199). Auch wenn die Autorinnen des Lehrbuchs die Wege zur Umsetzung als sehr unterschiedlich kennzeichnen, halten sie drei gemeinsame Merkmale fest:

- Nutzerorientierung,
- Prozessorientierung,
- Fokussierung auf die Bedürfnisse benachteiligter und schutzbedürftiger Gruppen (ebd., S. 203ff).

In einer tabellarischen Gegenüberstellung halten sie die Vor- und Nachteile der gesundheitsbezogenen Gemeinwesenarbeit anschaulich fest:

Vorteile	Nachteile
Setzt bei den Problemen der Menschen an und wird dabei wahrscheinlich von ihnen eher unterstützt.	Ist sehr zeitaufwendig.
Zielt auf die Ursachen und nicht die Symptome und Erkrankungen.	Ergebnisse sind häufig schwer greifbar und quantifizierbar.
Schafft Bewusstsein über gesellschaftliche Ursachen der Erkrankungen.	Evaluierung ist schwierig.
Der Prozess der Beteiligung wirkt befähigend und schafft mehr Zuversicht und Selbstvertrauen.	Ohne Evaluierung ist es schwierig Geldgeber zu finden.
Der Prozess schließt den Erwerb von Fähigkeiten mit ein, die übertragbar sind, z.B. Kommunikationsfähigkeiten und Fähigkeiten der Lobbyarbeit.	Gesundheitsförderer mögen ihre Rolle als widersprüchlich empfinden. Wem gegenüber sind sie letztlich rechenschaftspflichtig – ihrem Auftraggeber oder dem Gemeinwesen?
Wenn der Gesundheitsförderer und Bürger als Gleichberechtigte zusammen kommen, wird damit der demokratische Grundsatz der Rechenschaftspflichtigkeit besser erfüllt.	Die Arbeit geschieht in der Regel nur mit kleinen Gruppen von Menschen. Lenkt von größeren Problemzusammenhängen ab und verliert sich vielleicht in der Arbeit mit Kleingruppen.

Abbildung 2: Vor- und Nachteile der gesundheitsbezogenen Gemeinwesenarbeit (Naidoo und Wills, 2003, S. 205)

In Deutschland steckt die gesundheitsfördernde Gemeinwesenarbeit noch in ihren Anfängen. In Niedersachsen wurden gesundheitsbezogene Projekte aus dem Sozial- und Jugendhilfesektor 1998 erhoben und dokumentiert. In dem in diesem Rahmen veröffentlichten Reader „Armut und Gesundheit – Praxisprojekte aus Gesundheits- und Sozialarbeit in Niedersachsen“ (Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen, 1998) werden 14 von insgesamt 98 Projekten dargestellt, die gemeinwesenorientiert arbeiten. In dem Forschungsbericht dazu wird festgehalten: „Kommunale Projekte im Bereich von sozialen Brennpunkten, in denen alle AkteurInnen vor Ort zusammenarbeiten, haben große Chancen, sozial benachteiligte Menschen zu erreichen. Die Zusammenarbeit von solch unterschiedlichen Berufsgruppen ist sicherlich nicht immer einfach; erste positive Erfahrungen existieren im Bereich Soziale Stadtentwicklung und Quartiersmanagement. Der Gesundheitssektor gehört in diesen Programmen bis jetzt noch nicht zu den festen Kooperationspartnern. Es ist für die Zukunft wichtig, den Bereich Gesundheit stärker bzw. überhaupt in diese Prozesse mit seinen AkteurInnen zu integrieren“ (Deneke u.a. 2000, S. 67).

Zudem erweist sich die Evaluation gemeinwesenorientierter Projekte häufig als schwierig. Erste Erfahrungen mit gemeinwesenorientierten Evaluationsmethoden gibt es dem angelsächsischen Raum, insbesondere aus England, wo sozialraumorientierte Gesundheitsförderungsprojekte im Rahmen der nationalen Gesundheitsziele vor Ort in sogenannten "health action zones", erfolgreich durchgeführt wurden.

Die **Stadtteilwerkstatt des Diakonischen Werkes in Darmstadt Dieburg** arbeitet in einem E&C-Gebiet/Gebiet der „Soziale Stadt“. Die Stadtteilwerkstatt begleitet Arbeitsgruppen von Bewohnern/innen, die unterschiedliche positive Entwicklungen innerhalb des Stadtteils initiieren und organisieren wollen. Die Themenpalette der Projekte reicht von Reinigungsaktionen im Wohnumfeld über eine Befragung aller Haushalte zur Wohn- und Lebenszufriedenheit und Quartiersrundgängen zu aktuellen Themen bis hin zu Partizipationsprojekten bei der Spielraumgestaltung im Stadtteil. Außerdem werden Räume zur nachbarschaftlichen Begegnung organisiert, in denen auch Bildungsveranstaltungen für spezielle Zielgruppen, z.B. Mädchen stattfinden. Für Kinder und Jugendliche sind u.a. Umgestaltungen des Außenbereiches einer Kindertagesstätte geplant und neue Sport- Freizeit- und Spielflächen im Quartier geschaffen worden. Für Jugendcliquen wurden Räume zur Verfügung gestellt.

Die gesundheitlichen und sozialen Ressourcen, die über den Projektansatz gestärkt werden sollen, sind insbesondere Gewalt- und Aggressionsbewältigung sowie Unterstützung bei der Arbeitsplatzsuche und Verbesserung der hygienischen Standards. In dem Projekt engagiert sind die Einrichtungen der Jugendhilfe des Stadtteils, Kirchengemeinden, Polizei, Schulen, Selbsthilfegruppe sowie Nachbarschaftshilfe und Stadtteilinitiativen (s. dazu www.datenbank-gesundheitsprojekte.de).

Der **Frauengesundheitstreff Tenever (FGT)** ist ein Beispiel für quartiersbezogene, geschlechtsspezifische Gesundheitsförderungsansätze, die bislang allerdings nur für Frauen entwickelt wurden. Männer sind als Zielgruppe geschlechtsspezifischer Gesundheitsförderungsangebote noch weitgehend Neuland. Der Frauengesundheitstreff wurde bereits 1989 in eine klassischen sozialen Brennpunkt mit 12.000 Bewohnern/innen aus 70 Nationen gegründet. „Das Wohlbefinden von Frauen zu fördern, wobei jede Frau selbst definiert, was dies für sie bedeutet, so lässt sich das Ziel des FGT auf den Punkt bringen. Die Arbeit des FGT orientiert an sich an den Leitideen der Frauengesundheitsförderung: Gesundheit wird eingebettet in den Alltag der Frauen mit ihren unterschiedlichen Lebensweisen und die Frauen somit als Spezialistinnen ihrer eigenen Situation und Gesundheit begriffen“ (Weerts, 2002, S. 17). Dies spiegelt sich auch in der Programmkonzeption wieder. Die Inhalte werden über Ideensammlungen und ein halbjährliches Programmplenum generiert. Die bedarfsgerechte Ausrichtung des Angebotes wurde in einer Evaluation bestätigt, in der über 90 Prozent aller befragten Frauen das Angebot als gut oder sehr gut bewerteten (ebd., S. 18).

Zu den Standardangeboten gehört ein offener Treffpunkt. Die Mitarbeiterinnen des Treffpunktes können so niedrigschwellig Kontakt zu den Besucherinnen aufnehmen, stehen aber auch für Beratungsgespräche und Kriseninterventionen zur Verfügung. Verschiedene Kursangebote werden durch persönliche Ansprache insbesondere an Migrantinnen direkt vermittelt. Auch andere Beratungseinrichtungen werden über den Kontakt zum FGT leichter

genutzt, hierzu findet eine intensive Vernetzungsarbeit statt. Eine breit angelegte Evaluation, die 1999 durchgeführt wurde, „hat die Wirksamkeit des Konzeptes der Frauengesundheitsförderung für sozial benachteiligte Frauen eindrucksvoll bestätigt“ (ebd.).

7.1 Gesunde, soziale Stadt, ein Kooperationsprojekt in Hamburg

Das Hamburger „Kooperationsprojekt Gesunde, soziale Stadt“ zielt auf die „Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“ durch Stärkung und Entwicklung umfassender Ernährungs- und Bewegungsansätze in benachteiligten Stadtgebieten (Stender, 2003, S. 1).

Ziel und Aufgabenschwerpunkte sind auf der Grundlage von Erkenntnissen der Hamburgischen Landesgesundheitsberichterstattung definiert worden. Die Aktivitäten setzen in den drei Stadtteilen Horn, Jenfeld und Lurup an. Diese Stadtteile sind als benachteiligte Stadtteile ausgewiesen und dort ist das Problem der „Übergewichtigkeit bei Kindern und Jugendlichen“ im Rahmen des letzten Hamburger Gesundheitsberichtes (2001) als besonders ausgeprägt nachgewiesen worden. Außerdem ist dort gleichzeitig jeweils ein Projekt der Sozialen Stadtteilentwicklung angesiedelt. Nachfolgend wird dieser innovative Ansatz aus der vorliegenden Projektbeschreibung näher erläutert:

„Die Umwelt- und Gesundheitsbehörde arbeitet in diesem Kooperationsprojekt mit der Bau- und Verkehrsbehörde, der Bildungs- und Sportbehörde, dem Öffentlichen Gesundheitsdienst sowie der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung zusammen. Ratschläge für eine gesunde Lebensweise zu präsentieren, ist noch recht einfach. Schwieriger wird es, mehr Menschen als bisher mit Informationen über Gesundheit so zu erreichen, dass sie entscheiden können, was für ihre Gesundheit und z. B. die ihrer Kinder förderlich ist. Unsere Strategie zielt gleichzeitig auf die Stärkung individueller Gesundheitskompetenzen (d. h. Stärkung der individuellen Möglichkeiten zu gesundheitsförderndem Handeln) und die Entwicklung gesundheitsfördernder Rahmenbedingungen. Wir wollen erreichen, dass Bürgerinnen und Bürger, beispielsweise Eltern, Alleinerziehende, Kinder und Jugendliche sich möglichst gesund und ausgewogen ernähren und sich regelmäßig körperlich bewegen. Damit diese Gesundheitskompetenzen auch angewandt werden können wollen wir in den Stadtteilen vorhandene Angebote darstellen und bekannt machen bzw. entsprechende Angebote verstärken oder besser miteinander verbinden (Entwicklung gesundheitsfördernder Rahmenbedingungen). Die geplanten Aktivitäten reichen von der Verbesserung der Angebote für eine gesunde Ernährung in Schulen und Kindergärten, über verstärkte offene Bewegungsangebote bis zum Ausbau von Bewegungs- und Spielflächen im Stadtteil“ (ebd.).

Durch eine verbesserte Zusammenarbeit auf fachbehördlicher Ebene unter Einbeziehung des bezirklichen ÖGD, der Bezirkskoordination für die Soziale Stadtteilentwicklung und der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung (HAG) soll ein geeignetes Vorgehen erprobt und umgesetzt werden, dass auf der Stadtteilebene gesundheitsfördernd wirksam wird. Mit der Zusammenarbeit auf den verschiedenen Ebenen (Stadt, Bezirk, Stadtteil) und der Zusammenarbeit zwischen diesen Ebenen sollen vorhandene Ressourcen (z. B. Sachverstand, Sachmittel, Kontakte, etc.) aktiviert und zielbezogen eingesetzt werden. Wesentliche Projektziele sind dabei:

- Verbesserung der Gesundheit in insbesondere benachteiligten Stadtteilen Hamburgs,
- Verbesserung der Gesundheit der Bürgerinnen und Bürger,
- Verbesserung des Stellenwertes von Gesundheit in der Stadtteilöffentlichkeit,
- Stärkung und / oder Entwicklung nachhaltiger Strategien zur Verankerung einer gesundheitlichen Orientierung in den Stadtteilen (ebd.).

Für die Umsetzung des Projektes wurden sieben Handlungsgrundsätze definiert, die für Arbeit entscheidend sind:

- Rationalität der Definition von Handlungsschwerpunkten,
- Chancengleichheit in der Gesundheit,
- Gesundheit als individuelle Aufgabe,
- Gesundheit als gesellschaftliche Aufgabe,
- Gesundheit als übergreifende Aufgabe,
- lokale Orientierung,
- partizipative Orientierung.

Für das Vorgehen innerhalb des Projektes wurden darüber hinaus zwölf Meilensteine definiert, von denen sich die ersten fünf auf die Gebietsauswahl, die Schaffung politischer Unterstützung und die Verknüpfung von gesundheitsbezogenen und sozialen Indikatoren beziehen (ebd.). Interessant für die Übertragbarkeit auf andere Gebiete des Bund-Länder-Programms „Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf – die soziale Stadt“ sind die letzten sieben Meilensteine, weil sie aufzeigen, wie genau das Vorgehen in den beteiligten Stadtteilen strukturiert ist:

„6. Schritt:

Bestandserhebung und –analyse „was läuft schon im Stadtteil“ (Stärken- / Schwächenprofile), Erstellung von Berichten, Schlussfolgerungen von konkreten Problemfeldern und Handlungsansätzen

7. Schritt:

Erster Entwurf von Gesundheitszielen, vorgeschlagen von dem Kooperationskreis und diskutiert mit Akteuren der bezirklichen Sozialen Stadtentwicklung, Gesundheits- und Umweltämtern, Hamburger Sportbund, u. a.

8. Schritt:

Zusammenstellung laufender regionaler und überregionaler Angebote, die in die Stadtteile hinein organisiert werden (z. B. Projekt: Spielräume für Kinder; Projekt Schulfrühstück; Ernährungsangebote „Moby Dick“ u. a.; BZgA-Angebote)

9. Schritt:

Erste Diskussionen der Ergebnisse (Bestandserhebung, Ziele, Probleme, Handlungsansätze) mit den Bezirken (jeweils: Soziale Stadtentwicklung und Gesundheits- und Umweltamt)

10. Schritt:

Information: Erarbeitung einer kurzen Informationsschrift („Visitenkarte“) zur Verteilung in den Stadtteilen

11. Schritt:

Vorstellung und Diskussion der Ergebnisse und Planungen in den drei Stadtteilen unter folgenden Aspekten (Sachstand):

Die 10 Stärken des Stadtteils, die 5 „musts“ / Ziele: Wer sind die Akteure eines lokalen Netzwerkes, welche vorhandenen Leistungen müssen besser verknüpft werden, welche konkreten Verbesserungen werden dadurch erreicht? Wer ist / sind die Schlüsselinstitution/en als „Brückenkopf/ -köpfe für Gesundheitsförderung unmittelbar vor Ort? - Welche Aktivitäten werden die beteiligten Behörden einbringen bzw. vermitteln? Aktionsprogramm: Welche Aktivitäten werden insgesamt durchgeführt werden? Öffentlichkeitsstrategie: Wie werden die Aktivitäten bekannt gemacht, wie wird die Aufmerksamkeit im Stadtteil gesteigert, wie der Stellenwert gefördert? (u. a. Gesundheitstag, Stadtteilzeitung). Evaluationsschritte: Wie werden Aktivitäten, Fortschritte oder Wirkungen dokumentiert, nachgewiesen und veröffentlicht? (u.a. „Gesundheitsbarometer“, Bewegungsbefragung, Sprechstunde zur „Instrumentenwahl“)

12. Schritt:

Auswertung der Erfahrungen in den drei Stadtteilen, Einleitung des Umsetzungsprozesses und der Übertragbarkeit auf weitere Stadtteile“ (Stender, 2003, S. 2f)

7.2 Gesundheitsbezogene Good-practice-modelle aus dem Bund-Länder-Programm „Stadtteile mit besonderen Entwicklungsbedarf- Die soziale Stadt“

Innerhalb des Bund-Länder-Programms „Stadtteile mit besonderen Entwicklungsbedarf- Die soziale Stadt“ wurde im Juni 2003 von der Projektgruppe des Deutschen Institutes für Urbanistik eine Analyse von Good-Practice in Altbau und gemischten Quartieren vorgelegt. Die innerhalb der Analyse entwickelten Good-Practice-Kriterien orientieren sich an den Zielen des Programms. „Dazu gehören die Initiierung von Revitalisierungs- und Entwicklungsprozessen in benachteiligten Stadtteilen, die Erarbeitung und Umsetzung integrativer Handlungskonzepte sowie die Mobilisierung der lokalen Selbstorganisationskräfte in den Programmgebieten. Durch die ressortübergreifende Kombination von Förderprogrammen, eine stärkere Berücksichtigung nicht-investiver Ansätze und die Erprobung neuer Verwaltungs- und Managementstrukturen sollen die vorhandenen Ressourcen für eine umfassende und integrierte Stadtteilentwicklung gebündelt und der Mitteleinsatz zielgenauer, effizienter und gleichzeitig auch flexibler gestaltet werden“ (Deutsches Institut für Urbanistik, 2003, S. 6).

Bei der Analyse wurde zunächst Good-Practice für drei strategische Handlungsinstrumente definiert: Integrierte Handlungskonzepte, Quartiersmanagement sowie Aktivierung und Beteiligung. Diese Bereiche wiederum wurden in Good-Practice-Kriterien ausdifferenziert:

Integrierte Handlungskonzepte	Quartiermanagement	Aktivierung und Beteiligung
1. Einbindung in gesamtstädt-	1. Einbindung aller für die Pro-	1. Orientierung an der spezifi-

tische Entwicklungsstrategien	grammumsetzung relevanten kommunalen Steuerungs- und Handlungsebenen	schen Situation der Quartiersbevölkerung
2. Verknüpfung der Handlungsfelder	2. Geklärte Zuständigkeiten	2. Aktives Organisieren der Interessen vor Ort durch aufsuchende Arbeit
3. Fachübergreifend abgestimmter gebietsbezogener Mitteleinsatz	3. Funktionierendes Zusammenwirken der Steuerungs- und Handlungsebenen	3. Niedrigschwelligkeit von Teilungsangeboten
4. Zeitmanagement und Prioritätensetzung	4. Personelle und zeitliche Kontinuität im Quartiersmanagement	4. Einsatz eines Verfügungsfonds
5. Beteiligung und Einbindung lokaler und lokal engagierter Akteure	5. Verlagerung von handlungs- und Entscheidungskompetenzen in den Stadtteil	5. Klarheit über Prozessverläufe und Entscheidungsbefugnisse
6. Politische Rückendeckung	6. Politische Rückendeckung	6. Integration bereits bestehender Initiativen und Organisationen
7. Evaluierung und Fortschreibung		7. Vor-Ort-Präsenz von Quartiersmanagement
		8. Politische Rückendeckung

Abbildung 3: Good-Practice-Kriterien des Bund-Länder-Programm „Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf- Die soziale Stadt“

Über diese Kernbereiche hinaus wurden Good-Practice-Beispiele für Projekte und Maßnahmen in dreizehn verschiedenen inhaltlichen Handlungsfeldern ausgewählt. Die Handlungsfelder reichen von Beschäftigung, Qualifizierung und Ausbildung über Umwelt und Verkehr, Stadtteilkultur bis hin zu Image und Öffentlichkeitsarbeit. Ein ausgewähltes Handlungsfeld stellt die Gesundheitsförderung dar. „Ansätze der stadtteilbezogenen Gesundheitsförderung in den Programmgebieten zielen zum einen darauf ab, niedrigschwellige Angebote für schwer erreichbare Zielgruppen zu entwickeln, und zum anderen darauf, durch Netzbildung die Kooperation im Gesundheitswesen zu verbessern“ (ebd., S.83). In der Begründung für die Auswahl dieser zusätzlichen Good-Practice-Kriterien führen die Autoren aus, warum sie beide Kriterien für wesentlich halten:

„Die Entwicklung niedrigschwelliger Angebote für einzelnen Zielgruppen (insbesondere Kinder und Jugendliche, Frauen, Migrantinnen) erfolgt vor allem deshalb, weil traditionelle Angebote der Gesundheitsförderung überwiegend mittelschichtorientiert sind und besonders gefährdete Gruppen in gesundheitlich benachteiligten sozialen Lagen in der Regel nicht erreichen.

Ziel der Bildung von Netzwerken zur stadtteilbezogenen Gesundheitsförderung ist es, eine kooperative Gesundheitsförderung im Sinne eines Aktionsbündnisses Gesundheit im Stadtteil zu etablieren, das von allen im Gesundheitswesen und für die Gesundheitsförderung tätigen Akteuren im Stadtteil gemeinsam getragen wird“ (ebd.). Interessant an dieser Kriterien-Definition ist vor allem, dass damit die Kernstrategien der Ottawa-Charta, auf die sich die Autoren auch ausdrücklich beziehen, in diesem Feld wieder aufgegriffen werden und das Konzept der Gesundheitsförderung gleichberechtigt neben „naheliegenderen“ Handlungsebenen wie z.B. Verkehr oder Stadtteilkultur integriert wird. Außerdem weisen die allgemein gültigen Good-Practice-Kriterien relativ große Übereinstimmungen mit den innerhalb von Settingansätzen entwickelten Qualitätskriterien.

Die zwei in diesem Rahmen vorgestellten Projektbeispiele sollen auch hier nachfolgend ausführlicher dargestellt werden.

Schutzengel e.V. ist ein im August 2001 in Flensburg-Neustadt gestartetes Modellprojekt mit dem Ziel, „koordinierte Hilfsangebote für junge Familien in der Flensburger Neustadt zu stärken, zu verbessern und neu zu entwickeln. Aufbauend auf dem umfassenden Gesundheitsbegriff der Weltgesundheitsorganisation setzt sich das Gesamtprojekt aus verschiedenen Bausteinen zusammen: eine Familienhebamme unterstützt junge Familien während der Schwangerschaft und begleitet die Familien nach der Geburt zu weiterführenden Hilfsangeboten. Durch diese Beratung und Begleitung ergeben sich Leistungen, die weit über die üblichen, durch die Krankenkassen finanzierten Hilfen hinausgehen“ (DIFU, 2003a, S. 84). Diese Hilfen umfassen pädagogische Frühförderung, Unterstützung der jungen Familien bei Problemen der Alltagsbewältigung, ein Elterncafé sowie weitere Gemeinschaftsaktionen und Gesundheitsberatung. „Gerade das Elterncafé, das als erste informelle Kontaktstelle fungieren kann, besitzt in diesem Kontext eine wichtige Schlüsselfunktion und könnte sich langfristig zu einem Ort der Selbsthilfe entwickeln und damit Impulswirkung für die Stadtteilentwicklung erzielen“ (ebd., S.85).

Das Projekt wird finanziert aus Modellprojektmitteln des Ministeriums für Justiz, Frauen, Jugend und Familie des Landes Schleswig-Holstein, Fördermitteln aus der Aktion Glücksspirale, Jahresbeiträgen der Mitglieder von Schutzengel e.V. sowie Sponsoren- und Spendengeldern. Es wird durch die Kindergarten Adelby GmbH wissenschaftlich begleitet.

Das **Gesundheitshaus in Bismarck, Gelsenkirchen** existiert als zentrale Anlaufstelle stadtteilbezogener Gesundheitsvorsorge und -prävention seit 1997. „Mit dem umfangreichen Angebot des Gesundheitshauses soll besonders der Teil der Quartiersbevölkerung erreicht werden, der sich von herkömmlichen Gesundheitsförderungsangeboten nicht angesprochen fühlt. Es umfasst neben Projekten für unterschiedliche Zielgruppen und regelmäßigen Kursangeboten sowie Vorträgen auch Sonderveranstaltungen, wie z.B. Gesundheitstage. Besonders intensiv engagiert sich das Gesundheitshaus in Projekten mit Kindern und Jugendlichen“ (ebd., S. 87). Hier findet eine intensive Zusammenarbeit mit Kindergärten, z. B. im Bereich der Bewegungsförderung, und Schulen, z. B. im Bereich der Entwicklungszusammenarbeit statt.

„Migrantinnen und Migranten sind eine weitere wichtige Zielgruppe. Mehrsprachige Broschüren informieren sie zu gesundheitsbezogenen Themen und Angeboten. Wöchentlich wird ein Gesprächskreis mit und für ausländische Frauen veranstaltet. Hier wird auch regelmäßig zu vorher mit den Frauen abgestimmten Themen referiert“ (ebd.). An dem Gesprächskreis nehmen vorwiegend türkische Frauen teil, eine Kinderbetreuung während dieser Zeit ist organisiert. Es werden auch aufsuchende Beratungen in den Familien selbst angeboten sowie Unterstützung bei Behördengängen. Auch Seniorengesundheit stellt einen Arbeitsschwerpunkt des Gesundheitshauses dar. „In einem Internetcafé können Seniorinnen und Senioren beispielsweise unter fachkundiger Anleitung den Umgang mit dem neuen Medium lernen und haben damit gleichzeitig Zugriff auf aktuelle Gesundheitsinformationen“ (ebd., S. 88).

Die Good-Practice-Begründung für das Projekt lautet folgendermaßen: „Das stadtteilbezogene Gesundheitshaus und seine niedrigschwelligen Angebote für verschiedene Zielgruppen unter einem Dach stellen ein innovatives Projekt dar. Ansonsten schwer erreichbare Bevölkerungsgruppen wie Migrantinnen und Migranten werden durch Angebote der Ge-

sundheitsförderung, die auf ihre Lebenssituation zugeschnitten sind, befähigt, Gesundheitsaspekte in ihre eigene und die Lebensgestaltung ihrer Familien mit einzubeziehen. Durch die offene Ausgestaltung der Angebote bestehen vielfältige Beteiligungs- und Mitwirkungsmöglichkeiten für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Die Umnutzung des ortsgeschichtlich bedeutsamen Gebäudeensembles des Lahrshofes, bei der das Gesundheitshaus ein wesentliches Element ist, hat eine Infrastruktureinrichtung geschaffen, die eine wichtige stabilisierende Funktion für die Quartiersbevölkerung hat und damit Impulse für die Stadtteilentwicklung setzt“ (ebd.).

Das seit Juni 1997 fortlaufende Projekt wird finanziert über das Landesprogramm „Stadtteile mit besonderem Erneuerungsbedarf“, sonstigen Städtebauförderungsmitteln, Mitteln der Bundesanstalt für Arbeit, kommunalen Mitteln sowie Sponsoring- und Spendengeldern. Träger des Hauses ist der Verein „Gesundheitshaus in Bismarck e. V.“

8. Qualitätsdimensionen der Settingarbeit

Die Qualitätsdiskussionen in den verschiedenen Settingansätzen werden mit unterschiedlicher Intensität geführt. In denjenigen Settingansätzen, die mit der Strukturbildung (Netzwerke, Koordinierungsstellen, regelmäßige Informationsmedien) weit vorangeschritten sind, ist auch die Entwicklung von Qualitätskriterien ebenfalls weit vorangeschritten. Bislang sind jedoch keine settingübergreifenden Qualitätskriterien entwickelt worden oder die in einem Settingansatz entwickelten Qualitätskriterien auf einen anderen Settingansatz übertragen worden. Für die Gesundheitsförderung in betrieblichen Kontexten ist diese Kriterienbildung am weitesten fortgeschritten und auch mit brauchbaren Instrumenten unterlegt. Für den Bereich der Settings Gesunde Schule, Gesunde Hochschule und Gesunde Stadt sind zwar Kriterien entwickelt worden und im Falle der Gesunden Stadt auch mit Mindeststandards unterlegt worden, aber es fehlt bislang noch einer breiteren Basis für die Umsetzung in den Settings bzw. an Instrumenten, die für den Alltag der Akteure im jeweiligen Settingkontext beispielsweise für die Messung und Verbesserung der Prozess- und Ergebnisqualität gut nutzbar sind. Deshalb sollen hier nur die Ansätze aus der Luxemburger Erklärung zur betrieblichen Gesundheitsförderung vorgestellt werden. Dort wurden vier Qualitätskriterien definiert:

- Ganzheitlichkeit: Berücksichtigung von Verhalten und Verhältnisse, individuelle Gesundheitspotentiale werden weiterentwickelt als auch belastende Arbeitsbedingungen abgebaut.
- Partizipation: Beteiligung und Mitarbeit aller, der Beschäftigten und Beteiligten im Setting. Ein erfolgreiche Beteiligung setzt Transparenz voraus.
- Integration: Gesundheit als Organisationsziel und Berücksichtigung bei allen wichtigen Entscheidungen und in allen Bereichen.
- Projektmanagement: Gesundheitsförderung wird als Lernzyklus verstanden (Bedarfsanalyse erfolgt vor Ort. Dann wird die Zieldefinition, die Planung und Durchführung geeigneter Maßnahmen sowie die kontinuierliche Kontrolle und Bewertung der Ergebnisse vorgenommen (Müller, Rosenbrock, 1998).

Diese Qualitätskriterien wurden im Rahmen eines Gesundheitsmanagementprojektes der Niedersächsischen Landesverwaltung um ein weiteres, wesentliches Qualitätskriterium erweitert:

- Gender Mainstreaming: Geschlechterdifferenzen werden identifiziert und berücksichtigt, z.B. spezifische Belastungen von Erzieher/innen sowie von Mädchen und Jungen in den Kindertagesstätten (Niedersächsisches Innenministerium, 2002).

Gender Mainstreaming in der Gesundheitsförderung bedeutet, in allen klassischen Projektplanungs- und Implementationsschritten von Gesundheitsförderungsmaßnahmen die Chancengleichheit von Frauen und Männern zu berücksichtigen. Angefangen bei einer geschlechtsdifferenzierenden Problemdefinition, über Berücksichtigung bei der Programmplanung, der Ausgestaltung der Intervention bis hin zur Evaluation und Qualitätssicherung von Maßnahmen.

Prinzipiell lassen sich diese fünf Qualitätskriterien auf alle Aktivitäten in allen Settings anwenden, die Instrumente müssten für den jeweiligen Kontext möglicherweise etwas angepasst werden. Damit lassen sich als zentrale Qualitätskriterien für die Arbeit in gesundheitsfördernden Settings festhalten:

- Ganzheitlichkeit,
- Partizipation,
- Integration,
- Projektmanagement,
- Gender Mainstreaming.

Der bisherige Beitrag der klassischen Gesundheitsfördernden Settings zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheiten ist bislang zu wenig diskutiert worden. In der Konkretisierungsphase der einzelnen Settingansätze spielte gesundheitliche Chancengleichheit als Zielstellung für die konkrete Programmgestaltung oft eine wichtige Rolle. Allerdings liegen für die meisten Settingansätze keine Untersuchungen zur Ergebnisqualität der jeweiligen Settingarbeit vor. Der gesundheitliche Outcome der Settingprojekte für sozial benachteiligte Gruppen ist bislang zu wenig untersucht worden (auch Nutbeam, 1998). Objektive, bevölkerungsbezogene Daten hierfür liegen nicht vor. Deshalb lässt sich nur eine grobe Einschätzung des Beitrages der jeweiligen Settings zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten vornehmen:

Gesundheitsfördernde Schulen, wenn das Konzept in Haupt-, Berufs- und Sonderschulen umgesetzt wurde, und Gesundheitsfördernde Gefängnisse sind diejenigen Settingprojekte, die einen wesentlichen Beitrag zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheiten bislang geleistet haben. Bei den gesunden Städten und Regionen lässt sich keine eindeutige Tendenz festmachen. Der Ansatz ist häufig zu breit und unkonkret, um tatsächlich einen nennenswerten Beitrag zu leisten. Neuere Entwicklungen, die eine stärkere Zusammenarbeit mit den Projekten zur „Sozialen Stadt“ andeuten, könnten hierfür jedoch vielversprechend sein, insbesondere das in diesen Diskussionszusammenhängen entwickelte Modell der „Gesunden sozialen Stadt“. Betriebliche Gesundheitsförderung und Gesundheitsfördernde

Krankenhäuser erreichen innerhalb ihrer Settings sehr wohl auch benachteiligte Gruppen (z.B. Reinigungskräfte oder Küchenpersonal in Krankenhäusern oder ungelernete Arbeiter in Industriebetrieben), aber angesichts einer hohen Dauerarbeitslosigkeit in Deutschland sind durch diese Settingansätze natürlich per se Arbeitsplatzinhaber/innen begünstigt.

Falls die Installierung konkreter Settings vorangetrieben werden sollten, könnten einige, bislang wenig entwickelte Settingansätze durchaus sehr positive Auswirkungen auf gesundheitliche Chancengleichheit haben. Diese Settings sind:

- Gesundheitsfördernde Familie,
- Gesundheitsfördernder Kindergarten,
- Gesundheitsförderndes Quartier und
- Gesundheitsfördernde Bundeswehr.

Im Rahmen der „Erhebung von Projekten und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten in der Bundesrepublik Deutschland“ (Kilian u.a., 2003), die im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung durchgeführt wurde, wurde auch abgefragt, welche Ziele in den Settings Kindertagesstätte, Schule, Wohnumfeld, Freizeitbereich und Arbeitsplatz durch die beschriebenen Maßnahmen verfolgt wurden. Insgesamt gaben 68,8 % der erfassten 1.927 Angebote an, dass sie „nach dem Settingansatz arbeiten“ (ebd. S. 22). Nach dem Settingansatz direkt wurde aber im Fragebogen nicht gefragt und der Settingansatz auch innerhalb des Fragebogens nicht näher definiert. Die Unterfragen zu den Zielen des Projektes/der Maßnahme lautete beispielsweise „3.7. Verbesserung der Bedingung in der Kindertagesstätte und zwar:“ (ebd. Anhang 2, S. 4).

Eine Bewertung ob der hohe Prozentsatz der Projekte wirklich „nach dem Settingansatz“ oder vielmehr nur innerhalb bestimmter sozialer Kontexte auch ihre Angebote vorhält, wurde im Rahmen der Datenbank nicht vorgenommen. Die Autoren/innen des Abschlußberichtes räumen deshalb ein: „Skepsis ist angebracht, ob die Selbstauskunft der Anbieter tatsächlich eine klare Dominanz des Settingansatzes in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten ist. Diese Skepsis wird dadurch bestärkt, dass sich nur 1.119 Angebote (50% der Gesamtheit) einem oder mehreren der konkreten Settings Arbeitsplatz, Wohnumfeld, Freizeitbereich, Kindertagesstätte (KiTa) oder Schule zuordnen lassen“ (S.21). In dem Abschlußbericht wird dieser Sachverhalt als „hoher Anteil ‚selbst-ernannter‘ Settingangebote“ (ebd.) charakterisiert. Die Autoren/innen führen dies auf eine zunehmende Bedeutung des Ansatzes zurück, was allerdings eine optimistische Einschätzung ist, denn die Mehrzahl der Projekte macht deutlich, dass der Settingansatz nicht rezipiert wurde und die Fragen eher allgemein verstanden wurde nach dem Leitmotiv „Wir arbeiten auch in Kindertagesstätten oder in Schulen oder in Quartieren“. Die Ergebnisse haben deshalb nur einen eingeschränkten Aussagewert und machen deutlich, dass die genaue Definitionen von Qualitätskriterien innerhalb der Gesundheitsförderung in Settings eine Basis für die Bewertung von Erfolgen darstellen muss.

9. Handlungsoptionen für die Programmplattform „Entwicklung und Chancen junger Menschen in sozialen Brennpunkten“ (E&C)

Sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche haben bislang zu wenig von den vorhandenen Settingansätzen profitiert. Aber gerade für diese Zielgruppen könnte der Settingansatz den Aufbau individueller und sozialer Ressourcen fördern, die im normalen sozialen Umfeld nicht ausreichend gefördert werden. Für die Zielgruppe sozial benachteiligter Kinder und Jugendliche wurde das Bundesmodellprogramm Entwicklung und Chancen junger Menschen in sozialen Brennpunkten (E&C) vom BMFSFJ im Jahr 2000 aufgelegt. Die Programmlaufzeit ist bis 2006 verlängert worden. „E&C zielt darauf ab, Mittel und Aktivitäten zu bündeln, um die Lebensbedingungen von Kindern und Jugendlichen zu verbessern und ihnen neue Chancen zu eröffnen. Hierzu soll in den derzeit 313 Programmgebieten auf der Grundlage lokaler Aktionspläne soziale Koproduktion initiiert, unterstützt und begleitet werden. Gleichzeitig fordert E&C regionale und überregionale „soziale Produzenten“ auf, Ressourcen, Erfahrungen und Anstrengungen in diesen sozialen Brennpunkten und Regionen zu konzentrieren“ (www.eundc.de, Zugriff 1/2004).

Die Programmgebiete sind 300 Stadtteile mit sozialen Brennpunkten, die sich auf insgesamt 184 Städte verteilen, und 13 Landkreise in strukturschwachen ländlichen Gebieten. Die Stadtteile mit sozialen Brennpunkten der Programmplattform E&C sind identisch mit jenen Gebieten, die in der Bund- / Ländervereinbarung „Die soziale Stadt“ ausgewählt worden sind. „Dadurch entsteht eine Verknüpfung von Städtebauförderung und sozialräumlich orientierter Jugendhilfe“ (ebd.). Die wesentlichen Ziele von E&C sind:

- „die Lebensbedingungen und Chancen von Kindern und Jugendlichen zu verbessern,
- den Niedergang von Stadtteilen und ländlichen Regionen aufzuhalten und
- nachhaltige Entwicklungen anzustoßen“ (ebd.).

Zur Erreichung dieser Zielstellung wird die Einrichtung von Quartiers- sowie Jugendhilfemanagements vor Ort gefordert und angeregt. Wesentliche Programmbausteine sind, bzw. waren:

- Freiwilliges Soziales Trainingsjahr (FSTJ)
- Netzwerke und Soziales Ehrenamt – strukturschwache ländliche Regionen
- Lokale Aktionspläne für Toleranz und Demokratie gegen Fremdenfeindlichkeit, Rechtsextremismus und Antisemitismus
- Kompetenz und Qualifikation für junge Menschen in sozialen Brennpunkten (KuQ)
- Lokales Kapital für soziale Zwecke (LOS)
- Interkulturelles Netzwerk der Jugendsozialarbeit im Sozialraum (Programm beendet)
- Wettbewerb „Fit für Leben und Arbeit – Neue Praxismodelle zur beruflichen und sozialen Integration von Jugendlichen“

Lokale Aktionspläne haben für die Umsetzung des Programmes „eine herausgehobene strategische qualitätssichernde Bedeutung“ (ebd.). Zudem arbeitet das Programm intersektoral. Genau hier könnte eine engere Verzahnung mit dem Settingansatz einsetzen. Kindertages-

stätten und Schulen in den Programmgebieten könnten als Interventionsorte mit besonders prioritärem Handlungsbedarf definiert werden. Dies könnte bei der Ausgestaltung von vorhandenen Programmbausteinen wie bei der Planung neuer Programmbausteine seinen Niederschlag finden. Außerdem sollten Professionelle aus diesen Einrichtungen in der Implementierung und Umsetzung von gesundheitsfördernder Settingarbeit qualifiziert werden. Der Settingansatz in der Gesundheitsförderung ist genauso beteiligungsorientiert und kleinräumig angelegt wie die Programmplattform E&C. Deshalb könnten über eine Integration gesundheitsfördernder Settingansätze in die vorhandenen E&C-Programmbausteinen große Synergieeffekte erzielt werden. Im Unterschied zu dem E&C-Programm verfügt der Settingansatz als Handlungsstrategie der Gesundheitsförderung und Netzwerk von Modellen guter Praxis in verschiedenen Settings, bislang über keine definierten Zugangswege zu sozial benachteiligten Gruppen.

Da über das E&C-Programm jedoch sehr viele Multiplikatoren/innen aus sozialen Brennpunkten erreicht und Handlungshilfen und Veröffentlichungen für diese Zielgruppen erarbeitet werden, besteht so die Chance die kritisierte Mittelschichtorientierung der meisten bisherigen Gesundheitsförderungsansätze zu überwinden. Auch bei der Ausgestaltung von Programmbausteinen könnte die Stärkung des Settingansatzes befördert werden, etwa innerhalb des Programmbausteines „Lokales Kapital für soziale Zwecke“. Innerhalb der Fachforen, die durch das E&C-Programm in Zusammenarbeit mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in den Jahren 2002 bis 2004 durchgeführt wurden bzw. werden, sind einzelne Settingansätze bereits vorgestellt worden. Auch innerhalb der Zielgruppenkonferenzen, die im Rahmen des Programms durchgeführt werden, könnte die Qualifizierung von Multiplikatoren/innen vor Ort in der Settingarbeit verstärkt vorangetrieben werden.

Zusammenfassend lassen sich die Handlungsoptionen, die sich für die E&C-Programmplattform aus dem Settingansatz ergeben, folgendermaßen darstellen:

- Berücksichtigung des Settingansatzes bei der Ausgestaltung und Fortentwicklung einzelner Programmbausteine,
- Qualifizierung der Multiplikatoren/innen vor Ort, damit diese den Settingansatz in ihre Praxis vor Ort integrieren können,
- Erarbeitung von Handlungshilfen zu Settingansatz in sozialen Brennpunkten,
- Gewinnung von Partnern, insbesondere aus dem Bereich der gesetzlichen Kranken- und Unfallversicherung für zusätzliche Finanzierungsmöglichkeiten zur Umsetzung des Settingansatzes in den E&C-Gebieten sowie
- Dokumentation von gelungener Implementierung des Settingansatzes (good-practice) in den E&C-Gebieten.

10. Fazit und Ausblick

Die vorliegende Expertise hat die Annäherung zwischen den eher im Gesundheitssektor verankerten und konzipierten Settingansätzen und der neueren Stadtentwicklungsansätze verdeutlicht. Die Finanznot der öffentlichen Hände in Deutschland und die damit verbundene Projektmittelknappheit führt zu einer Konzentration öffentlicher Mittel auf die Bevölkerungsgruppen, bei denen sich die meisten Problemlagen ballen. Gesundheitliche Chancengleichheit spielt in sozial benachteiligten Stadtteilen eine besondere Rolle. Der Settingansatz kann einen zentralen Beitrag zur gesundheitlichen Chancengleichheit leisten. Allerdings wurde in den meisten Settings der Gesundheitsförderung die Arbeit mit sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen nicht zum zentralen Anliegen gemacht. Auch in der bisherigen Umsetzungspraxis der Settings läßt sich eine gewisse Mittelschichtorientierung nachweisen.

Die zur Zeit noch eher koexistierenden Bereiche der Gesundheitsförderung in Settings und die soziale Stadtentwicklung könnten zukünftig wechselseitig voneinander profitieren. Dabei kann das Bundesmodellprogramm Entwicklung und Chancen junger Menschen in sozialen Brennpunkten (E&C) eine wichtige Vermittlungsrolle einnehmen, weil darüber Quartiersmanager/innen in sozialen Brennpunkten erreicht werden. Gesundheitsfördernde Settings (insbesondere Kindergärten und Schulen) können in sozial benachteiligten Stadtteilen im Zuge der Öffnung ins kommunale Umfeld eine gesundheitsfördernde Breitenwirkung in den Stadtteil hinein entfalten (insbesondere durch Elternarbeit und gesundheitsbezogene Angebote) und somit einen Ausgangspunkt für die Verankerung von gesundheitsbezogenen Programmen darstellen.

Gleichzeitig kann der Settingansatz für Einrichtungen in sozial benachteiligten Stadtteilen eine gute Arbeitsbasis zur Bewältigung verschiedener Probleme darstellen, weil es im Kern des Settingansatzes um gesundheitsfördernde Organisationsentwicklung und Beteiligung geht. Gesundheitsförderung in Settings wiederum kann über den Zugang Quartier und dort vorhandenen Strukturen des Quartiersmanagement wiederum die Zielgruppen erreichen, die in der Vergangenheit eher kaum erreicht wurden. Das Hamburger Konzept der gesunden, sozialen Stadt nimmt eine solche enge Verknüpfung bereits in seinem Projektnamen vorweg. Gesundheit ist andernfalls als Spezialthema außerhalb der Krankenversorgung ansonsten wohl kaum in sozial benachteiligten Stadtgebieten als Querschnittsthema zu implementieren. Gesundheitsförderung könnte aber gleichzeitig eine Querschnittsanforderung an alle stadtteilbezogene Aktivitäten werden oder ein Qualitätsmerkmal von Maßnahmen in diesem Bereich.

Kernprinzipien der Settingarbeit sind im Rahmen der sozialen Stadt bereits ansatzweise verwirklicht, nur spielt der Gesundheitsförderungsgedanke selbst dabei bislang keine zentrale Rolle. Jedoch deuten die neueren Konzepte darauf hin, dass Gesundheitsförderung als wichtiges Themenfeld der sozialen Stadtentwicklung anerkannt wird. Die Gemeinsamkeiten der Ansätze wurden von den Multiplikatoren/innen bis dato häufig nicht gesehen, weil das sektorale Denken auch hier nach wie vor verbreitet ist und Gesundheitsförderung eher pauschal dem anderen Sektor, dem Gesundheitssektor, zugeschlagen wird.

Innerhalb der Qualitätsdiskussion in der Settingarbeit und der Arbeit in sozial benachteiligten Stadtteile wurden bereits ähnliche Qualitätskriterien entwickelt, weil auch sehr ähnliche Prozesse durch beide Handlungsansätze initiiert werden. Diese parallelen, aber gleich gerichteten Entwicklungen in der Qualitätsmanagementdiskussion können die Verständigung beider Bereiche fördern und ein Ansatzpunkt für die Integration von Ansätzen darstellen.

Bei aller Aufgeschlossenheit, die zur Zeit zumindest für den Begriff „Setting“ in anderen gesellschaftlichen Subbereichen über das Gesundheitswesen hinaus vorhanden ist, dürfen der theoretische Kontext und die damit verbunden Kernstrategien nicht außer Acht gelassen werden. Der Settingbegriff erweist sich zur Zeit als relativ modern, aber irgendwelche Interventionen in bestimmten sozialen Orten (= Settings) stellen aber keine Settingarbeit dar, sondern sind bestenfalls selbsternannte Settingprojekte. Deshalb müssen Multiplikatoren/innen qualifiziert werden und für die Arbeit in Settings mit dem Settingansatz befähigt werden.

11. Zusammenfassung: Zentrale Thesen der Expertise

1.) Gesundheitliche Chancengleichheit spielt in sozial benachteiligten Stadtteilen eine besondere Rolle. Der Settingansatz kann einen zentralen Beitrag zur gesundheitlichen Chancengleichheit leisten. Allerdings wurde in den meisten Settings der Gesundheitsförderung die Arbeit mit sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen nicht zum zentralen Anliegen gemacht. Auch in den Settings läßt sich eine gewisse Mittelschichtorientierung von Gesundheitsförderungsaktivitäten nachweisen.

2.) Gesundheitsfördernde Settings (insbesondere Kindergärten und Schulen) können in sozial benachteiligten Stadtteilen im Zuge der Öffnung ins kommunale Umfeld eine gesundheitsfördernde Breitenwirkung in den Stadtteil hinein entfalten (insbesondere durch Elternarbeit und gesundheitsbezogene Angebote) und somit einen Ausgangspunkt für die Verankerung von gesundheitsbezogenen Programmen darstellen. Gleichzeitig kann der Settingansatz für Einrichtungen in sozial benachteiligten Stadtteilen eine gute Arbeitsbasis zur Bewältigung verschiedener Probleme darstellen, weil es im Kern des Settingansatzes um gesundheitsfördernde Organisationsentwicklung und Beteiligung geht.

3.) Kernprinzipien der Settingarbeit sind im Rahmen der sozialen Stadt bereits ansatzweise verwirklicht, nur spielt der Gesundheitsförderungsgedanke selbst dabei bislang keine zentrale Rolle. Die Gemeinsamkeiten der Ansätze werden von den Multiplikatoren häufig nicht gesehen, weil das sektorale Denken auch hier nach wie vor verbreitet ist und Gesundheitsförderung eher pauschal dem anderen Sektor, dem Gesundheitssektor, zugeschlagen wird.

4.) Gesundheitsförderung könnte eine Querschnittsanforderung an alle stadtteilbezogene Aktivitäten werden oder ein Qualitätsmerkmal von Maßnahmen in diesem Bereich.

5.) Innerhalb der Qualitätsdiskussion in der Settingarbeit und der Arbeit in sozial benachteiligten Stadtteile wurde ähnliche Qualitätskriterien entwickelt. Dieses können die Verständigung beider Bereiche fördern und ein Ansatzpunkt für die Integration von Ansätzen darstellen.

6.) Der Settingbegriff erweist sich zur Zeit als relativ modern. Irgendwelche Interventionen in bestimmten Settings stellen aber keine Settingarbeit dar, sondern sind bestenfalls selbsternannte Settingprojekte. Deshalb müssen Multiplikatoren/innen qualifiziert werden und für die Arbeit in Settings mit dem Settingansatz befähigt werden.

7.) Die Programmplattform „Entwicklung und Chancen junger Menschen in sozialen Brennpunkten“ kann bei der Implementation des gesundheitsfördernden Settingansatzes in sozialen Brennpunkten eine wichtige Scharnierfunktion durch die Qualifizierung von Quartiersmanagern/innen einerseits und die Ausgestaltung von Programmelementen andererseits einnehmen. So können Anreize zur Implementation von Settingansätzen in den Quartieren geschaffen werden.

Literaturverzeichnis

- Altgeld, T. (2001): Gesundheitsförderung ist nur als gesundheitsförderndes Setting erfolgreich und machbar!, In *impulse*-Nr. 32, September 2001, S. 2-3.
- Altgeld, T. (2002): Kindertagesstätten – Ein vernachlässigtes Setting mit Handlungsbedarf und Zukunftspotenzial, In: *Prävention* 3/2002, S.81 – 84.
- Altgeld, T., Kolip, P. (2003): Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung, (unveröffentlichtes Manuskript, erscheint in Hurrelmann, K., Koltz, T., Haisch, J.(2004): *Lehrbuch der Prävention und Gesundheitsförderung*, Hans Huber, Bern).
- Badura, B. (1997): Zehn Jahre Ottawa-Charta: Was bleibt vom enthusiastischen Aufbruch, in: Altgeld, T., Laser, I., Walter, U. (Hrsg.) (1997): *Wie kann Gesundheit verwirklicht werden*, Weinheim und München: Juventa, S. 29 – 35.
- Barkholz, U., Homelfdt, H.G. (1994): *Gesundheitsförderung im schulischen Alltag*, Juventa, Weinheim und München.
- Barkholz, U., Gabriel, R., Jahn, H., Paulus, P. (2001): *Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit – Gesundheitsförderung durch vernetztes Lernen*, Flensburg.
- Barmer Ersatzkasse (Hrsg.) (1998): *Wie sich die Gesundheitsfördernde Schule buchstabiert*, Wu p-portal.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2002): *Elfter Kinder - und Jugendbericht*, Bonn.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2003): *gesundheitsziele.de – Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland*, Berlin.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2001): *Gesundheitsförderung im Kindergarten*, Köln.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2002): „Früh übt sich...“ *Gesundheitsförderung im Kindergarten*, Köln.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2003): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung*, 4. Erweiterte und überarbeitete Auflage, Fachverlag Peter Sabo, Schwabenheim an der Selz
- Colber-Schrader, H., Krug, M. (1999): *Arbeitsfeld Kindergarten*, Juventa, Weinheim und München.
- Deutsches Institut für Urbanistik (Hrsg.) (2002): *Bundeswettbewerb „Vorbildliche Strategien kommunaler Suchtprävention“*, Berlin.
- Deutsches Institut für Urbanistik (2003): *Good practice in Altbau - und gemischten Quartieren – Eine Analyse im Rahmen des Bund-Länderprogramms „Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf – die soziale Stadt“*, Berlin.
- Deutsches Institut für Urbanistik (Hrsg.) (2003): *Strategien für die Soziale Stadt*, Berlin.
- Franzkowiak, P., Sabo, P. (Hrsg.) (1993): *Dokumente der Gesundheitsförderung*, Mainz, Verlag Peter Sabo.
- Franzkowiak, P. (2002): *Leitfragen, Empfehlungen und Perspektiven zur Gesundheitsförderung im Kindergarten*, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): *Früh übt sich... – Gesundheitsförderung im Kindergarten*. Köln, S. 190-193
- Jacob, J., Keppler, K., Stöver, H. (Hrsg.) (2001): *LebHaft: Gesundheitsförderung für Drogen Gebrauchende im Strafvollzug*, Deutsche Aidshilfe, Berlin.
- Kaba-Schönstein, L. (2003): *Gesundheitsförderung I: Definition, Ziele, Prinzipien, Handlungsfelder und Strategien*, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2003): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung*, 4. Erweiterte und überarbeitete Auflage, Fachverlag Peter Sabo, Schwabenheim an der Selz, S.73-78.

- Kickbusch, I. (2003). Gesundheitsförderung. In Schwartz, F.W. et al. (Hg.). Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen (S. 181 -189). München: Urban & Fischer
- Kilian, H., Brendler, C., Geene, R., Richter, A. (2003): Erhebung von Projekten und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten in Deutschland, Berlin.
- Kirch, W.; Göpfert, P.(2003): Empirische Bestandsanalyse zu zielgruppenorientierten Programmen und Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in Kindertagesstätten, Dresden.
- Kolip, P. (2003). Ressourcen für Gesundheit. Potenziale und ihre Ausschöpfung. Das Gesundheitswesen, 65, 155-162.
- Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. (2003): Projektrecherche „Gesundheitsfördernde Kindertagesstätte“, Hannover (unveröffentlichtes Manuskript).
- Mielck, A. (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten, Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle.
- Mielck, A. (2001): Soziale und gesundheitliche Ungleichheit: Ein zentrales Thema der Public - Health-Diskussion, in: Forum Public Health Nr.33, Dezember 2001, S. 2 – 4.
- Müller, R., Rosenbrock, R (Hrsg.). (1998): Betriebliches Gesundheitsmanagement, Asgard, St. Augustin.
- Naidoo, J., Wills, J. (2003): Lehrbuch der Gesundheitsförderung, Gamburg, Verlag für Gesundheitsförderung.
- Niedersächsisches Innenministerium (2002): Leitfaden zur Etablierung und Umsetzung von Gesundheitsmanagement in den Dienststellen des Landes, Hannover.
- Nutbeam, D. (1998). Evaluating health promotion, Health Promotion Int 1998, 13, S. 27 – 44.
- Plümer, K. D.; Trojan, A. (2002): Healthy Cities in East - and West-Germany – A Survey and Comparison of their Performance from the Coordinator's Perspective, Vortrag auf dem 10th Annual EUPHA-Meeting, Dresden 29.11.2002
- Plümer, K. D. (2003): Gesunde Städte – haben sie eine Zukunft, in: impu!se-Nr. 39, 2. Quartal 2003, Juni, S. 14.
- Regionalverbund Gesunde Städte-Netzwerk Berlin, Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung Berlin e.V. (Hrsg.) (2002): Gesunde Bezirke – Gesunde Stadt Berlin, Berlin.
- Sachverständigenkommission elfter Kinder- und Jugendbericht (Hrsg.) (2002): Materialien zum Elften Kinder- und Jugendbericht, Band 4: Gesundheit und Behinderung im Leben von Kindern und Jugendlichen, Verlag Deutsches Jugendinstitut, München
- Schnabel, K.-E. (2001): Gesundheitsfördernde Familie, Juventa, Weinheim und München.
- Statistisches Bundesamt (2001): Statistik der Kinder - und Jugendhilfe, Teil III.1 – Einrichtungen und tätige Personen 1998, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2003) Allgemeinbildende Schulen
<http://www.destatis.de/basis/d/biwiki/schultab1.htm>, Zugriff 07/2003
- Stender, K.-P. (2000a): Qualitätsstandards zur Verminderung gesundheitlicher Auswirkungen sozialer Benachteiligung bei Kindern - Abschlußbericht, Hamburg.
- Stender, K.-P. (2000b): Vom Quartier in die GMK und zurück – Verminderung gesundheitlicher Auswirkungen sozialer Benachteiligung bei Kindern, In: impu!se-nr. 28, 3. Quartal 2000/September, Hannover, S. 7.
- Stender, K.-P. (2002): Gesunde Städte – Gesundheit durch (Kommunal-)politik, In: Prävention 3/2002, 25. Jahrgang, S.93-94.
- Stender, K.-P. (2003): Kooperationsprojekt „Gesunde, soziale Stadt“, Hamburg (unveröffentlichtes Manuskript).

Sting, S., Zurhorst, G. (Hrsg.) (2000): Gesundheit und Soziale Arbeit, Juventa, Weinheim und München.

Walter, U. & Schwartz, F.W. (2003). Prävention. In Schwartz, F.W. et al. (Hg.). Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen (S. 189-214). München: Urban & Fischer

WHO (World Health Organisation) (1986). Ottawa Charta for Health Promotion. Deutsche Übersetzung in: Franzkowiak, P. & Sabo, P. (Hrsg.): Dokumente der Gesundheitsförderung. Mainz: Verlag Peter Sabo.

Weltgesundheitsorganisation (WHO), (1992): Gesunde Städte – Leitfaden zur Entwicklung eines Gesunden Städte-Projektes, Verlag für Gesundheitsförderung G. Conrad, Gamburg.

Weerts, M. (2002): Frauengesundheit im Brennpunkt, in: impu!se -nr. 35, 2. Quartal 2002/Juni, S. 17 – 18.

Zimmer, R. (2002): Gesundheitsförderung im Kindergarten, in: Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung und Gesundheitsschutz, Jahrgang 45, Heft 12, Dezember 2002, S.964 – 969.

Kontaktadressen der vorgestellten Beispielprojekte:

Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg von Berlin, Abteilung Gesundheit und Soziales, Plan- und Leitstelle, Ingrid Papies Winkler, Urbanstraße 24, 10967 Berlin, E-Mail: gespl@ba-frh.verwalt-berlin.de, Telefon: 030/74765338,

Centre Benjamin/Benjamin Action-Research Institute, c/o Dr. Nico Kneip, Postfach 268, 4, rue de Deich, 9003 Ettelbrück, Luxemburg, E-Mail: nico.kneip@ci.educ.lu

Frauengesundheitstreff Tenever, Frauen und Gesundheit e.V., Koblenzer Straße 3a, 28325 Bremen, E-Mail: frauen-und-gesundheit@nord-com.net, Telefon: 0421/401728

Fritjof-Nansen-Schule, Leipziger Straße 38, 30179 Hannover, E-Mail: fns@nibis.ni.schule.de, Telefon: 0511/16845540, www.nibis.ni.schule.de/~fns

Förderverein Schutzengel e. V. , Lerchenstraße 4 –6, 24939 Flensburg, E-Mail: webmaster@schutzengel-flensburg.de, Telefon:0461/4902023

Gesundheitshaus in Bismarck, Franziskusstraße 18 – 24, 45889 Gelsenkirchen, E-Mail: info@gesundheitshaus-bismarck.de, Telefon: 0209/9882987, www.gesundheitshaus-bismarck.de

Gesundheitsamt der Hansestadt Rostock, Dr. Angelika Baumann, St. Georg Straße 109, 18055 Rostock, E-Mail: angelika.baumann@rostock.de, Telefon: 0381-381 5376/75, <http://www.rostock.de/gesunde-staedte-projekt>

Stadtteilwerkstatt, Diakonisches Werk Darmstadt Dieburg Abteilung Gemeinwesenarbeit/Soziale Stadt, Grundstraße 21, 64298 Darmstadt, E-Mail: stadtteilwerkstattkranichstein@t-online.de, Telefon: 06151/981233